



Número: **0802069-71.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Família - Fazenda - Mamanguape - TJPB**

Última distribuição : **25/11/2017**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NIRLENE GONCALVES DA SILVA (AUTOR)		MARIA IOLANDA DE ALMEIDA E SILVA NETA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35309177	09/10/2020 10:17	FORMULÁRIO - 0802069-71.2017	Laudo Pericial

PROCESSO Nº 0802069-71.2017.8.15.0231

Distribuído em
25 / 11 / 2017

**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: MIRLENE GONÇALVES DA SILVA

CPF: 049.653.494-74

Endereço completo: TRAV. SANTINA DE BRITO BARBOSA, Nº 130, AREIAL,
MAMANGUAPE - PB.

Informações do acidente

Local: RIO DE JANEIRO - RJ

Data do Acidente: 24 / 11 / 2014

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 / 2018

Mirlene Gonçalves da Silva
Assinatura da vítima

9547 8070

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)?

PUNTO DIAFRAGMÁTICO

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 compatíveis temporárias e com mecanismo de trauma eletrodo.

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. Raphael de Sá
Médico
CRM-PB 11991
SAUDESEB



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.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou 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 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 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	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 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:

Novo Horizonte, 09/10/20

Assinatura do médico - CRM

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 7118 TEOT 13401

Dr. Raphael de Sá
Médico
CRM-PB 11997
SAÚDE SEC.



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
0802069 712017, 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.

☐ **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.

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 7118 TESTADO
[Assinatura]
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
Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC
07:22:43 - 03/10/2020

