



Número: **0001847-10.2015.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/07/2015**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO MADRUGA DE SOUZA (AUTOR)		HUMBERTO DE SOUSA FELIX (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35307273	09/10/2020 09:54	FORMULÁRIO - 0001847-10.2015	Laudo Pericial

PROCESSO Nº 0001847-10.2015.8.15.0231

Distribuído em

13/07/2015

**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: FRANCISCO MADRUGA DE SOUZA

CPF: 345.238.207-91

Endereço completo: RUA JOSÉ PEREIRA DA SILVA, Nº 64, CENTRO,
ITAPOROROCÁ-PB.

Informações do acidente

Local: ITAPOROROCÁ-PB.

Data do Acidente: 12/10/2014

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, 09/10/2015

Francisco Madruga Souza
Assinatura da vítima

98749-9631

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)?

ombro 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, as lesões compatíveis com o quadro clínico do trauma relatado

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 Souza
Médico

CRM-PB 11997

SAÚDE SEG

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



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.

Pode funcionar parcial incompleto de joelho e tornozelo ambos direitos

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

1ª Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input checked="" type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input checked="" 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:

Normanopore, 09/10/20

Assinatura do médico – CRM

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

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



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 0001847-10.2015 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 TEOT 13401

Médico Perito

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

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

MAROJA:475036

5

Juliana Duarte

Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC

Assinado de forma digital

por JULIANA DUARTE

MAROJA:4750365

Dados: 2020.10.09

07:22:43 -03'00'