



Número: **0843936-64.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA (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
37752 237	11/12/2020 19:04	<a href="#">SEVERINO FRANCELINO DE SOUSA</a>	Documento de Comprovação



**ESTADO DA PARAÍBA**

PODER JUDICIÁRIO  
9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**

**PROCESSO: 0843936-64.2020.8.15.2001**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): SEVERINO FRANCELINO DE SOUSA**

**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 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.

**Resp. :** ACIDENTE ACONTECEU NA CIDADE DE SAPÉ-PB NO DIA 26/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA MAIS TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO FOI AVALIADO E LIBERADO PELA EQUIPE DA NEUROCIRURGIA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO 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.:**

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DA PERNA DE 20 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 30°, MARCHA CLAUDICANTE, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DISTAL E ANTERIOR DA PERNA, EDEMA EM REGIÃO DO TORNOZELO (2+/4+), AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO E SUBIR ESCADA.



**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 DIREITO**

☐

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, 09 DE DEZEMBRO DE 2020.

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito

