



Número: **0802683-25.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **07/12/2020**

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	
CESAR NILDO DE ANDRADE (AUTOR)		LUCIANA DA SILVA (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
46744934	05/08/2021 20:39	<a href="#">CÉSAR NILDO DE ANDRADE</a>	Documento de Comprovação



**ESTADO DA PARAÍBA**

PODER JUDICIÁRIO  
VARA ÚNICA DE PRINCESA ISABEL

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**

**PROCESSO: 0802683-25.2020.8.15.0311**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): CÉSAR NILDO DE ANDRADE**

**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. : BACIA, 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 ATENDIDO NA CIDADE DE CONCEIÇÃO-PB NO DIA 30/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA MAIS FRATURA DA BACIA. O MESMO PERMANECER POR 100 DIAS COM USO DE FIXADOR EXTERNO NA BACIA, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA COM USO DE PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 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.:**

BACIA: APRESENTA 2 CICATRIZES HORIZONTAIS DE 5 CM LOCAIS DE PINO DE INSERÇÃO, DOR A PALPAÇÃO E COMPRESSÃO DA REGIÃO SUPRAPÚBICA DEVIDO A PROVÁVEL AUMENTO DA ESPESSURA E DA DISTÂNCIA DA REGIÃO DA SÍNFISE PÚBICA, DOR EM REGIÃO SACRO ILÍACA ESQUERDA, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO E SUBIR ESCADA.

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL DE 25 CM DE COMPRIMENTO DESDE A REGIÃO TÍBIO TÁRSICA ATÉ O TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA, ATROFIA MUSCULAR DE 1,5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 20°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSOR DO TORNOZELO GRAU II, EDEMA EXUBERANTE EM REGIÃO DA ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA À 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

**BACIA**

☐

10% Residual

☒

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

**MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa



Local e data da realização do exame médico:

PRINCESA ISABEL – PB , 15 de JULHO de 2020

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito

