



Número: **0820276-41.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALYSON MAXIMIANO FELIX (AUTOR)	LUCIANO DA SILVA MENEZES (ADVOGADO) VILSON DE SOUSA E SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	DAYANA NAYARA MARINHO DOS SANTOS (ADVOGADO) SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES registrado(a) civilmente como LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
69010 959	12/02/2023 16:18	LAUDO PERICIAL



Assinado eletronicamente por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 12/02/2023 16:18:58
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23021216185792600000065147534>
Número do documento: 23021216185792600000065147534

Num. 69010959 - Pág. 1

PROCESSO N° 0820276-4/2020, 8, 15, 2001

Distribuído em

1/1

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

Nome completo: JOSE ALYSON MAXIMINO FELIX
CPF: 062.581.334-89

Endereço completo: RUA JOSE MARIA DA SILVA, 133,
01428110, JOSE PESSOA - PB

Informações do acidente

Local: RODOVIA FEDERAL

Data do Acidente: 17/04/2019

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 nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 13º Vara Cível ou JEC da Comarca de CAITAL.

*João Pessoa, 10/02/2023
José Alyson Maximino Felix
Assinatura da vítima
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 informado.

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra(m)-se acometida(s)?

FACE

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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FACE

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):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro cursa com:

disfunções apenas temporárias
 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.

DEFORMIDADE EM FACE E PEFALEIA PÓS-TRAUMA

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 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 suscetíveis 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 integridade 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 segmento corporal da vítima).

b.2 Parcial Incompleta (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 DEFORMIDADE DA FACE 10 % Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

2º Lesão 10 % Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

3º Lesão 10 % Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

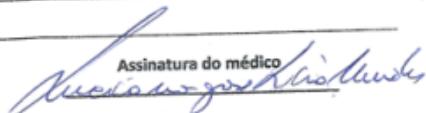
4º Lesão 10 % Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

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:

em 10/02/2023

Assinatura do médico



Dr. Luciano Jose Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4730

