



Número: **0800534-86.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE SOUSA PEREIRA (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (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
60481846	04/07/2022 18:06	JOSÉ DE SOUSA PEREIRA	Documento de Comprovação



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO
1ª VARA MISTA DA COMARCA DE POMBAL

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

PROCESSO: 0800534-86.2020.8.15.0301

AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM

AUTOR(A): JOSÉ DE SOUSA PEREIRA

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. : OMBRO ESQUERDO, NEUROLÓGICO.



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 POMBAL-PB NO DIA 27/11/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB DEVIDO AO AGRAVAMENTO DO QUADRO NEUROLÓGICO E REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. FOI SUBMETIDO A EXAME DE TOMOGRAFIA DO CRÂNIO E PERMANECER POR 7 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR DEVIDO A ALTERAÇÕES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, PORÉM, NÃO HOUVE NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL. REALIZADO IMOBILIZAÇÃO EM RELAÇÃO A FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM USO DE TIPOIA EM HEMI J POR 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

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.:

OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, ATROFIA DA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35° E DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 30°.

NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETRÓGRADA DE MODERADA INTENSIDADE, DÉFICIT DE ATENÇÃO MODERADO, ALTERAÇÕES COGNITIVAS DE CARÁTER LEVE. O MESMO FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS, ALÉM DO USO DE MEDICAÇÃO: CARBAMAZEPINA 200 MG 1X AO DIA E RISPERIDONA 1 MG 1X AO DIA.



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

OMBRO ESQUERDO

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa

3ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa



Local e data da realização do exame médico:

POMBAL – PB , 05 DE MAIO DE 2022

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito

