



Número: **0800423-26.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/04/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SERGIO OTAVIO DE SOUZA (AUTOR)</b>	<b>LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)</b> <b>MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>JOSELHA PEREIRA DA SILVA (REPRESENTANTE)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
35245 780	08/10/2020 08:15	<a href="#">FORMULÁRIO - 0800423-26.2017</a>

PROCESSO N° 0800423-26.2017.8.15.0231

Distribuído em  
05/04/2017

AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO  
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 5.194 de 14/12/194)

PERITO \_\_\_\_\_  
BANCA \_\_\_\_\_  
Manhã \_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_

Nome completo: SÉRGIO OTAVIO DE SOUZA

CPF: 063.136.444-76

Endereço completo: SITIO PATO D'ÁGUA FRIA, ZONA RURAL,  
MAMANGUAPE - PB.

Informações do acidente

Local: MAMANGUAPE - PB.

Data do Acidente: 22/03/2015

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, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2016.



Assinatura da vítima

(83) 99927-2487

*Roberto Pires de Almeida  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PB/118 TEOT 13401*

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(s) corporal(is) encontra-se acometida(s)?

C/MA/JO

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 não se encontram mais ativas e com mecanismo de trauma velado

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 Sá  
Médico  
CRM-PB 11997*



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.

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 integra 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  
1º Lesão

Marque aqui o percentual!

10% Residual     25% Leve     50% Média     75% Intensa

2º Lesão

10% Residual     25% Leve     50% Média     75% Intensa

3º Lesão

10% Residual     25% Leve     50% Média     75% Intensa

4º Lesão

10% Residual     25% Leve     50% Média     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:

Recife - PE    07/10/20

*[Assinatura]*  
Roberto Pires de Almeida  
CRM-PB 7118 TEOT 13401

Assinatura do médico - CRM

*[Assinatura]*  
Roberto Pires de Almeida  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 7118 TEOT 13401

Dr. Raphael de Sá  
Médico  
CRM-PB 11997



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.

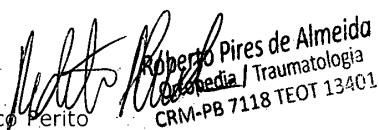
Por meio do presente expediente, venho, respeitosamente, **REQUERER** o pagamento dos honorários advocatícios, referente a perícia médica realizada nos autos do processo 0800 423 26 2017, 815.0231, mediante depósito/transferência para conta bancária de minha titularidade (credor marcar com um "x" sua 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

**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, 9 de outubro de 2020.

  
Juliana Duarte Maroja  
Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC  
Comarca de Mamanguape/PE

