



Número: **0800716-59.2018.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Família - Fazenda - Mamanguape - TJPB**

Última distribuição : **26/04/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.366,04**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA JOSE DA SILVA (AUTOR)	ROBERTA LIMA ONOFRE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35259 700	08/10/2020 11:24	FORMULÁRIO - 0800716-59.2018	Laudo Pericial

PROCESSO N° 0800716-59.2018.8.15.0231

Distribuído em
26/04/2018

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1964)

PERITO _____
BANCA _____
Manhã _____ Tarde _____

Nome completo: MARIA JOSÉ DA SILVA

CPF: 714.691.254-04

Endereço completo: Sítio Itiopa de Baixo, s/n, Zona Rural,
ITAPOROROCA - PB.

Informações do acidente

Local: ITAPOROROCA - PB

Data do Acidente: 09/11/2015

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.

* Maria José Silva
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 informando:

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

Hemelio inferior direita e mao esquerda

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 são compatíveis temporalmente e com o mecanismo de trauma referido

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
Lia Bayssa Dantas de A. Almeida
Médica
CRM: 7058/PB 21421/PE



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.

*Permaneço nesse postos de tive óbito, tive nesse momento
aferição permanente irreversível, evoluindo com marcha claudicante e limita-
ção de peso-sistema e instabilidade em pé no óbito. Permaneço
neste momento com dor-constante de mais esquerda, evoluindo com
máior gravidade de vez que o óbito.*

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 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 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). *de 2º queimadura esquerda*

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

Marque aqui o percentual

1º Lesão

2º queimadura esquerda 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

2º Lesão

Membro inferior direito 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 apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Maceió, 08/10/2020.

Assinatura do médico – CRM

Dr. Raphael de Almeida
CRM: 7058/PB 21421/PE

*Dr. Raphael de Almeida
CRM: 7058/PB 21421/PE*



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 0800716-59-2018, 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, 08 de outubro de 2020.

Allyssá Dantas de A. Almeida
Perito
CRM: 7058/PB 21421/PE
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, _____ de outubro de 2020.

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

