



Número: **0800377-35.2019.8.20.5111**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Angicos**

Última distribuição : **24/06/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>UBIRATAN DAS CHAGAS DA SILVA JUNIOR (AUTOR)</b>	<b>ARINALVA CARLA MAURICIO PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80092 101	23/03/2022 17:31	<a href="#"><u>Certidão</u></a>	Certidão
80092 105	23/03/2022 17:31	<a href="#"><u>Ubiratan das C. da S. Júnior</u></a>	Laudo Pericial
80092 106	23/03/2022 17:31	<a href="#"><u>Excelentíssimo 2</u></a>	Petição
80092 107	23/03/2022 17:31	<a href="#"><u>mandado_liberacao_judicial_20220323154657019748</u></a>	Documento de Comprovação



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Vara Única da Comarca de Angicos

Rua Pedro Matos, 81, Centro, ANGICOS - RN - CEP: 59515-000

Processo nº: 0800377-35.2019.8.20.5111

C E R T I D Ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício, que nesta data, acostou-se aos autos o laudo pericial, a petição referente aos dados bancários do perito e o mandado liberação judicial.

ANGICOS/RN, 23 de março de 2022

GLAEDESSON SIQUEIRA DE SIQUEIRA

Servidor

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Assinado eletronicamente por: GLAEDESSON SIQUEIRA DE SIQUEIRA - 23/03/2022 17:31:46  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22032317314626800000076187136>  
Número do documento: 22032317314626800000076187136

Num. 80092101 - Pág. 1

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
COMARCA DE ANGICOS

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/5/2009, que altera a lei 6.194 de 14/12/1974)

INFORMAÇÕES DA VITIMA

Nome Completo Ubiratan das C. da S. Júnior

Número do processo: 0800377-35.2019

Data do Acidente: 22, 01, 2018

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, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara Cível ou IEC da Comarca de Angicos-RN.

Angicos- RN, 17/03/22.

Ubiratan das C. da S. Júnior Jr

Assinatura da vítima.

AVALIAÇÃO MÉDICA

- 1) 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.
- 2) Descrever o quadro clínico atual informando:
  - a) Qual (quais) região (ões) corporal (is) encontra (m)-se acometida(s)neste momento:  
DOR NA ESQUERA DA Perna
  - b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima neste momento, 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:  
IX FICOU MELHOR E GRADUOU M 15
  - c) Houve o comprometimento de todo o membro (superior ou inferior) além da(s) região(ões) com as alterações já descritas acima?  
 Sim  Não  
De alta médica:  Sim  Não
- 3) 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):  
SEGURO DE SAÚDE
- 4) 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.  
DEFICIÊNCIA FUNCIONAL

Em virtude da evolução da lesão e/ou do tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Sim, em que prazo: \_\_\_\_\_  Não

Em caso de enquadramento na opção "a" no item 4 ou de resposta afirmativa ao item 5, favor não preencher os demais campos abaixo assinalados.



- 5) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 04/6/2009 favor promover a quantificação da (s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(els) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante a 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 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). Local: \_\_\_\_\_

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 2º, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da lei 11.945/09, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico: \_\_\_\_\_

Percentual: \_\_\_\_\_

1º Lesão

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

*Membro INF 650000*

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

Obs: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados.

Angicos - RN, 17/03/2022.

NOTA:

A PERÍCIA REALIZADA OBJETIVA A DETECÇÃO E AVALIAÇÃO DE SEQUELAS FUNCIONAIS, COM O INTUITO DE CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DPVAT (LEI 11.945/2009).

**OS QUESITOS RELACIONADOS COM CAPACIDADE LABORAL NÃO SE APlicam ao Mérito.**

Em tempo, este perito vem perante Vossa Excelência peticionar a entrega deste laudo pericial e requisitar alvará de pagamento, referente ao autor e número de processo no início deste.

*Dr. Allan Assunção*  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho/Artroscopia  
CRM-RN 5494 TEOT 8900 RQE 2314

Dr. Allan C. Assunção  
Ortopedia e Traumatologia  
Titulo de Especialista em Ortopedia e Traumatologia nº8900  
Médico Perito  
CRM-RN 5494 RQE 2314



Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) Juiz(a) de Direito  
da Vara Cível de Angicos– RN

Eu, Allan Claudio Assunção, brasileiro, casado, médico inscrito no CRM – RN sob o nº 5494, RG 6067315-2 SSP/PR, CPF 019755709-01, vem perante Vossa Excelênciia solicitar/peticionar:

- Pagamento de honorários periciais referentes à realização das perícias do dia 17-03-2022, realizadas em vosso fórum, no total de 20 perícias.

Informo ainda que os laudos periciais já foram repassados via e-mail ([angicos@tjrn.com.br](mailto:angicos@tjrn.com.br)), inclusive com informe de faltantes (3 autores).

Seguem dados bancários:

**Allan Claudio Assunção**  
**CPF 019.755.709-01**  
**Banco do Brasil 001**  
**Ag 8636-3**  
**CC 16177-2**

Grato, Mossoró-RN, 23/03/2022.



---

Dr. Allan C. Assunção  
Ortopedia e Traumatologia  
Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia nº8900  
Médico Perito  
CRM-RN 5494 RQE 2314



PODER JUDICIÁRIO  
TRIB. JUST. RIO GRANDE DO NORTE - RN  
ALVARA ELETRÔNICO DE PAGAMENTO N 20220323154657019748

Comarca Vara/Serventia  
**ANGICOS** **VARA UNICA DE ANGICOS**  
Número do Processo  
**08003773520198205111**  
Autor Reu  
**UBIRATAN DAS CHAGAS DA SILVA J** **SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO**  
CPF/CNPJ Autor CPF/CNPJ Réu  
**045.102.284-06** **9.248.608/0001-04**  
Data de Expedição Data de Vida  
**23/03/2022** **21/07/2022**

TOTAL DE PAGAMENTOS INFORMADOS NO MANDADO: 001

Número da Solictação:	<b>0001</b>	Tipo Valor.....:	<b>Total da conta</b>
Valor.....:	<b>208,49</b>	Calculado em....:	<b>23.03.2022</b>
IR.....:	<b>0,00</b>	Tarifa.....:	<b>0,00</b>
Finalidade.....:	<b>Crédito em C/C BB</b>	Tipo Conta.....:	<b>Cta Corrente</b>
Agência.....:	<b>8636</b>	Nome Agência....:	<b>ESTILO MOSSORÓ</b>
Conta/Dv.....:	<b>00.000.016.177-2</b>		
Titular Conta.....:	<b>ALLAN CLAUDIO ASSUNCAO</b>		
Beneficiário.....:	<b>ALLAN CLAUDIO ASSUNCAO</b>		
CPF/CNPJ Beneficiário:	<b>019.755.709-01</b>		
Tipo Beneficiário....:	<b>Física</b>		
Conta/Pcl Resgatada..:	<b>0300110415419 0000</b>		

Página 1

