



Número: **0802050-65.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **23/11/2017**

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>RISONALDO DA SILVA BARBOSA (AUTOR)</b>	<b>ROBERTA LIMA ONOFRE (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35209 949	07/10/2020 13:02	<a href="#"><b>FORMULÁRIO - 0802050-65.2017</b></a>	Laudo Pericial

PROCESSO N° 0802050-65.2017.8.15.0231

Distribuído em  
23 / 11 / 2017

AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

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

Nome completo: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

CPF: 024.984.684-55

Endereço completo: SITIO ALAGOAS, ZONA RURAL DE MAMANGUAPE/PB.

Informações do acidente

Local: MATARACA - PB.

Data do Acidente: 03 / 10 / 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, 06 / 10 / 2020

Risonaldo da Silva Barbosa  
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)?

Rugas hemoroidais vulvares e m em liga superior 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.

Silm. As ligeiras rugas vulvares temporalmente e com os mecanismos de traumas/estadios conforme documentados medicos autorizados nos autos da procedencia

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 Almeida  
Médico  
CRM-PB 11997

Jucy Rayssa Dantas de A. Almeida  
Médica  
CRM: 70584-PB 21421/PF



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)

O preenchendo, favor contornar em negrito:  
dano e sequelas permanente esquerdo sem re-  
sistência medica ou postura nos  
documentos anexados nos autos.

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 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 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) 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

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:

Dr. Raphael de Sá  
Médico  
CRM/PB 11997

Local e data da realização do exame médico:

Momim Juspe, 06/10/2020

Assinatura do médico - CRM

  
CRM: 7058/PB 21421/PF



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 0802050.65.2017, 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.**

X **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, 06 de outubro de 2020.

  
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, 06 de outubro de 2020.

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

