



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	
RISONALDO DA SILVA BARBOSA (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
35209949	07/10/2020 13:02	<a href="#">FORMULÁRIO - 0802050-65.2017</a>	Laudo Pericial

PROCESSO Nº 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 5.194 de 14/12/194)

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

Nome completo: RISONALDO DA SILVA BARBOSA  
CPF: 024.984.684-55  
Endereço completo: SÍTIO 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(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Região lombar de coluna vertebral e membros superiores esquerdos.

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 os mecanismos do trauma estudados conforme diagnósticos médicos emitidos nos autos do processo.

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  
Médico  
CRM/PB 11997

Dr. 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 anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico 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) anômico(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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☐ Parcial

(Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☐ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 anômico

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:

Local e data da realização do exame médico:

Norman Jussipe, 06/10/2020

Assinatura do médico – CRM

Dr. Raphael de Sá  
Médico  
CRM/PB 11997

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.

  
Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC  
Comarca de Mamanguape/PE

1

