



Número: **0824916-58.2018.8.15.2001**

Classe: **CUMPRIMENTO DE SENTENÇA**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL (EXEQUENTE)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (EXECUTADO)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA registrado(a) civilmente como TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64801764	17/10/2022 15:02	DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL	Documento de Comprovação



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO
17ª VARA CÍVEL DA CAPITAL

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

PROCESSO: 0824916-58.2018.8.15.2001

AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM

AUTOR(A): DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

PROMOVIDO: DPVAT

ESPECIALIDADE: PERÍCIA MÉDICA E ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Resp. : MEMBRO INFERIOR DIREITO.



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.

Resp. : PACIENTE FOI ATENDIDO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB NO DIA 19/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. O MESMO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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):

Resp.: Não se aplica.

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.

Resp.:

MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DA PERNA DE 20 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA EM 2 CM QUANDO COMPARADO COM O LADO CONTRALATERAL, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO DIREITO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 15°, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20° E DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU I. APRESENTA ALTERAÇÃO DA PROPRIOCEPÇÃO E DOR EM FACE LATERAL DO PÉ DIREITO DEVIDO À SOBRECARGA DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

VI) Em virtude da evolução da lesão e/ou de 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 ao 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 susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) 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, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ **Total**

(Dano anatômico 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 de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

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



Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

3ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa



Local e data da realização do exame médico:

JOÃO PESSOA – PB, 03 de SETEMBRO de 2022

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito

