



Número: **0818065-37.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/04/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ADALBERTO FERREIRA BARBOSA (AUTOR)		MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (ADVOGADO) LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51021047	08/11/2021 18:30	<a href="#">JOSÉ ADALBERTO FERREIRA BARBOSA</a>	Documento de Comprovação



**ESTADO DA PARAÍBA**

PODER JUDICIÁRIO  
17ª VARA CÍVEL DA CAPITAL

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**

**PROCESSO: 0818065-37.2017.8.15.2001**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): JOSÉ ADALBERTO FERREIRA BARBOSA**

**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. : OMBRO ESQUERDO, MÃO ESQUERDA.**



b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítila, 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 ITABAIANA-PB NO DIA 12/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO MAIS TRAUMA DE FACE COM LESÃO CORTANTE EM LÍNGUA MAIS FRATURA FECHADA DO 2º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO À SUTURA DE LESÕES EM REGIÃO DA CAVIDADE BUCAL MAIS CURATIVO. APRESENTAVA UMA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR EM OMBRO ESQUERDO SENDO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA POR 60 DIAS E IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA LUVA EM REGIÃO DA MÃO ESQUERDA POR 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

**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 Vítila.

**Resp.:**

OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA DO OMBRO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO EM 20°, ALÉM DE ATROFIA DE FORMA LEVE EM MUSCULATURA SUPRAESPINHAL.

MÃO ESQUERDA: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL TERRITÓRIO DO 2º METACARPO, ENCURTAMENTO DE 5 MM DO 2º RAO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 2º DEDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 2º DEDO EM 25°, O MESMO AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DA MÃO ESQUERDA.



**V)** 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

**OMBRO ESQUERDO**

☐

10% Residual

☒

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

**MÃO ESQUERDA**

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa



Local e data da realização do exame médico:

JOÃO PESSOA – PB , 25 de AGOSTO de 2021

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito

