



Número: **0802116-02.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **14/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JONATHAM EMERSSON DA ROCHA RAMALHO (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (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
47305 294	18/08/2021 15:57	<a href="#">JONATHAM EMERSSON DA ROCHA RAMALHO</a>	Documento de Comprovação



## ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO  
2ª VARA MISTA DE SANTA RITA

### LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

**PROCESSO: 0802116-02.2018.8.15.0331**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): JONATHAM EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**

**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 SUPERIOR ESQUERDO.**

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 pêuticas tomadas na fase aguda do trauma.



**Resp. :** PACIENTE FOI ATENDIDO NA CIDADE DE LUCENA-PB NO DIA 01/11/2015 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 14 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 SUPERIOR ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO ANTEBRAÇO DE 17 CM, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO BRAÇO, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO E PRONAÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 15°. ALÉM DE DOR DURANTE A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES HABITUAIS QUE EXERÇA CARGA SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

**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) nanente(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 SUPERIOR ESQUERDO**  10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

2ª Lesão

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

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa – PB, 11 de AGOSTO de 2021

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito



