



Número: **0800047-69.2019.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Família - Fazenda - Mamanguape - TJPB**

Última distribuição : **19/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AFONCO DA SILVA FELINTRO (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35307 852	09/10/2020 09:58	<a href="#">FORMULÁRIO - 0800047-69.2019</a>	Laudo Pericial

PROCESSO Nº 0800047-69.2019.8.15.0231

Distribuído em  
19/01/2019

**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: AFONSO DA SILVA FELINTO  
CPF: 499.521.884-04  
Endereço completo: SITIO PITANGA DA ESTRADA, S/N, ZONA RURAL,  
MAMANGUAPE - PB.

**Informações do acidente**

Local: MAMANGUAPE - PB.  
Data do Acidente: 26/03/2018

**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, 29/10/2018  
Afonso da Silva Felinto  
Assinatura da vítima

988104854

Avaliação Médica 991486458

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)?

JOELHO 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 terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Sim, as lesões são compatíveis com o quadro de trauma relatado

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 Sa  
Médico  
CRM/PB 11997  
SAÚDESEG

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.

*Perda parcial funcional incompleta de mobilidade e de força no membro superior esquerdo direito.*

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) 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 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 anatômico

Marque aqui o percentual

1º Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
2º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo acórdão 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:

*Maranguape, 05/10/20*

Assinatura do médico – CRM

*Roberto Pires de Almeida*  
Roberto Pires de Almeida  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 7118 TEOT 13401

Dr. Raphael de Sá  
Médico  
CRM-PB 11997  
SAUDESGG



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  
080004769 2019 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.**

☐ **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, 09 de outubro de 2020.

  
Roberto Pires de Almeida  
Médico Perito Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 7118 TEOT 13401

**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, \_\_\_\_\_ de outubro de 2020.

**JULIANA DUARTE**

Assinado de forma digital  
por JULIANA DUARTE

**MAROJA:475036**

MAROJA:4750365

5

Juliana Duarte Maroja

Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC

07/22/2020 03:00

