



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
35307 852	09/10/2020 09:58	FORMULÁRIO - 0800047-69.2019

PROCESSO N° 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: AFONCO DA SILVA FELINTRO.

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, 10/10/2018

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(s) 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.

temporaria e com mecanismo de trauma ielobolo

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 Souza

Médico

CRM-PB 11997

SAUDESEG



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.

*Perde função física incompleta
de mobilidade e de force no membro
sequelas óbvias*

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, aferir a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) Total

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a integra 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 checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
3º Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
4º Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 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:

Karla Fernandes Machado 09/10/20

Assinatura do médico - CRM

Roberto Pires de Almeida

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

Dr. Raphael de Sa
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):

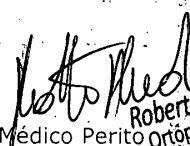
Dr. ROBERTO PIRES DE ALMEIDA - CRM n. 7118/PB e CPF: 034.891.584-58/conta bancária: BANCO DO BRASIL

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:475036
5 Juliana Duarte 09/10/2020 09:09
Juiza de Direito - Coordenadora

