



Número: **0801907-76.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/10/2017**

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
<b>ANDRE LUIZ VIEIRA DE MELO (AUTOR)</b>	<b>JUCIELE CRISTINA BISPO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35257 713	08/10/2020 11:04	<a href="#"><b>FORMULÁRIO - 0801907-76.2017</b></a>	Laudo Pericial

PROCESSO N° 0801904-76.2017.8.15.0231

Distribuído em  
27/10/2017

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1964)

PERITO \_\_\_\_\_  
BANCA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Manhã \_\_\_\_ Tarde

Nome completo: ANDRÉ LUIZ VIEIRA DE MELO

CPF: 744.170.884-20

Endereço completo: RUA JOÃO BARBOSA BESSA, N° 29, BAIRRO DO ALEMÃO - MATARACA - PB.

**Informações do acidente**

Local: JACARAU - PB.

Data do Acidente: 10/11/2014

**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, 08/10/2016

X Andre Luiz Vieira de melo 888920076  
Assinatura da vítima

**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)?

Pernas e meus dedos

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 não compatíveis tem parcialmente com o mecanismo do trauma velostável.

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. Raphaell de Souza  
Médico  
CRM-PB 11997*  
CRM: 7058-PB 21421/PE

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 de uso de parte da extensão do distal do*  
*radio, fraturas múltiplas de metacarpianos (2º ao 5º) direitos e luxação*  
*de 2º grau do lado direito tendo sido submetido a tratamento*  
*cirúrgico evoluindo com prumo funcional do 2º grau do lado direito de*  
*intensidade de 3º e 5º grau do lado direito e luxação e deficit de função do pulso*

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Sim, em que prazo: *Repetição da evolução da lesão e deficit funcional de mão direita.*

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 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). *ou 2º grau do lado direito*

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

*Perda de uso de parte da extensão*

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

2º Lesão

*Perda de uso de parte da extensão*

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

3º Lesão

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

4º Lesão

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

Observação: Havendo acerto 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:

*Momangape, 08/10/2020*

Assinatura do médico – CRM

*Dr. Raphael de Souza Almeida*  
Médico

Dr. Raphael de Souza  
Médico  
CRM/PB 11997

CRM: 7058/PB 21421/PF



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 0801907-76.2012 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, 08 de outubro de 2020.

*Rayssa Dantas de A. Almeida*  
CRM: 7058/PB 22/11/18  
Médico Perito

**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 Maroja*  
Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC  
Comarca de Mamanguape/PB

