



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	
ANDRE LUIZ VIEIRA DE MELO (AUTOR)		JUCIELE CRISTINA BISPO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35257713	08/10/2020 11:04	<a href="#">FORMULÁRIO - 0801907-76.2017</a>	Laudo Pericial

PROCESSO Nº 0801907-76.2017.8.15.0231

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 14/12/194)

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 ALE-  
MÃO - MATARACA - PB.

**Informações do acidente**

Local: JACARAÍ - 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 / 2018

André Luiz Vieira de Melo 988920076  
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(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Punhos e mãos direitos.

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 temporalmente e com o mecanismo do trauma veicular.

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 Siqueira  
Médico  
CRM-PB 11997

Dr. Rayssa Dantas de A. Almeida  
Médica  
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 anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima. *Pericando no pé, postura da extremidade distal do membro, postura múltipla de metacarpiários (2º ao 5º) direitos e postura luxação de 2º quíndocito do direito, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico evoluindo com quadro funcional de 2º quíndocito do direito deficitário de 3º, 4º e 5º quíndocito do hipotênar e deficit de função do punho direito.*

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

*Repetindo em hipotênar e deficit funcional de mão direita.*

☐ 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) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante da 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☐ Parcial

(Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima). *de 2º quíndocito direito*

b.2 ☐ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 anômico

Marque aqui o percentual

1º Lesão

*Punho direito*

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

2º Lesão

*Mão direita*

☐ 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 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:

*Montesquepe, 08/10/2020*

Assinatura do médico – CRM

*Dr. Raphael de Sá Almeida*

CRM: 7058/PB 21421/PF

Dr. Raphael de Sá  
Médico  
CRM/PB 11997

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 0801907-76.2017 815.0231, mediante depósito/transfêrencia 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 22/21/PE  
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/PE

