



Número: **0803587-87.2017.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/10/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OTACIANA ALVES DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) REGINALDO NUNES CHAVES (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
46558009	02/08/2021 18:15	<a href="#">OTACIANA ALVES DA SILVA</a>	Documento de Comprovação



**ESTADO DA PARAÍBA**

PODER JUDICIÁRIO  
2ª VARA MISTA DE SANTA RITA

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**

**PROCESSO: 0803587-87.2017.8.15.0331**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): OTACIANA ALVES DA SILVA**

**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 INFERIOR 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.

**Resp. :** PACIENTE FOI ATENDIDO NA CIDADE DE SANTA RITA-PB NO DIA 18/09/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA EM PERNA ESQUERDA COM EXTENSA PERDA DE TECIDO MUSCULAR E PARTES MOLES EM REGIÃO MEDIAL E POSTERIOR DA PERNA ESQUERDA. A MESMA FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA ONDE REALIZOU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA LIMPEZA E DESBRIDAMENTO, DEVIDO A GRAVIDADE DOS SINTOMAS A MESMA PERMANECEU INTERNADA EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 60 DIAS. REALIZADO 3 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SENDO O ÚLTIMO UMA REALIZAÇÃO DE ENXERTO DE PELE EM REGIÃO MEDIAL E POSTERIOR DA PERNA RETIRADA DE ÁREA DOADORA DA COXA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 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 INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ÁREA EXTENSA DE PERDA DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL E POSTERIOR DA PERNA DE 20 CM NO MAIOR COMPRIMENTO E 10 CM NO MENOR ENVOLVENDO A MUSCULATURA DO GASTROCNÊMIO MEDIAL, RETRAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DA FOSSA POPLÍTEA DE 8 CM LEVANDO A UM ENCURTAMENTO POSTERIOR DE PERNA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, LINFO EDEMA CRÔNICO EM MEMBRO INFERIOR, EDEMA DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°, EXTENSA ÁREA DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM TODA A REGIÃO DO FERIMENTO, AFIRMA DOR CRÔNICA COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS.



**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) permanente(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 INFERIOR 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, 28 de JULHO de 2021

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito



