



Número: **0807886-25.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **30/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado              |
|---|--|
| <b>KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA (AUTOR)</b>                      | <b>PATRICIO CANDIDO PEREIRA (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           |
|--------------|--------------------|---------------------------------------|----------------|
| 39428<br>152 | 12/02/2021 14:23   | <a href="#"><u>Laudo pericial</u></a> | Laudo Pericial |

PERITO

## LAUDO MÉDICO PERICIAL - DPVAT

Nome completo da vítima: Kleiton José Barboza FerreiraCPF: 059.391.874-63Endereço completo: Rua: Apolônio Amorim 207, Vila 01, Alto Branco  
Campina Grande - PB

## Informações do acidente

Local: CAMPINA GRANDEData do Acidente: 30/06/2019

## 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 pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2<sup>a</sup> Vara Cível ou JEC da Comarca de CAMPINA GRANDE.

Campina Grande/PB, 02/02/2021Kleiton José Barboza Ferreira

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(es) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)? # DMBND E 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.

FRACTURA LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR

ESQUERDA. FIXACAO CLAVICULAR. DEFICIT AURICULAR E FORCA  
ANTERIOR. ATROFIAOS HOSPITAL ARISTONIO TACINO REFERINDO FRACTURA LUXACAO DMBND

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação? (SIGNIFICATIVO)

Sim  Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):



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.

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS MATERIAIS  
OMBRO ESQUERDO.

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

2º Lesão    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:

UTMPINA GRMF, 07/02/2021

  
Carlos Alberto Figueiredo Filho  
Perito Médico  
CRM-PB 5379

Dr. Carlos Alberto Figueiredo Filho  
Perito Médico - CRM: 5379

