



Número: **0832484-28.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ (AUTOR)</b>	<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>ANTONIO VITURIANO DE ABREU (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49780 563	12/10/2021 12:40	<a href="#"><u>LAUDO</u></a>	Documento de Comprovação

# LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VITIMAS DO SEGURO DPVAT

## INFORMAÇÕES SOBRE O(A) EXAMINADO (A)

Processo nº: 0832484-28.2018.8.15.2001

Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Endereço: Rua Iaiá Paiva, nº 154, Mandacaru, João Pessoa - PB

CPF nº: 052.782.024-59

Data e local do Exame: João Pessoa-PB, 06/10/2021

## INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

Local: Rua Iaiá Paiva X Rua Júlia Pedro Coutinho, Mandacaru, João Pessoa - PB

Data: 19/12/2017

## CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

Declaro que as informações do (a) examinado (a) e do acidente, acima indicados, são verdadeiras, e que compareci, por livre e espontânea vontade, para a realização da avaliação médica, com a finalidade da verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial em epígrafe, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor(a), e que tramita na 1ª Vara Cível ou JEC da Comarca de João Pessoa-PB.

João Pessoa, 06 de outubro de 2021.

  
Assinatura do(a) examinado(a)



## RESULTADO DA AVALIAÇÃO

---

**I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s).**

R. Vítima de queda de moto em 19/12/2017. Teve como consequência fratura do quinto metacárpio esquerdo.

**a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?**

SIM X                    NÃO

**b) A (s) queixa (s) do (a) Examinado (a) está (ão) relacionada (s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?**

SIM X                    NÃO

**II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.**

R. Tratamento cirúrgico. Evoluiu bem. Alta hospitalar em 27/12/2017.

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?**

SIM X                    NÃO

**IV. Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial, informe qual (is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.**

R. Ao exame físico, apresenta deformidade em flexão e rotação.

**V. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique, correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações.**

Vítima em tratamento.

Sem sequela permanente.

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias.

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica.

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das



observações.

**b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

- Região Corporal (Sequela) - Região Corporal (Sequela)

**Mão esquerda**

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

- Região Corporal (Sequela)

- Região Corporal (Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

---

**c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações.**

Total = "100% da IS"

**VI. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.**

Local e data de realização do exame médico legal: João Pessoa, 06 de outubro de 2021.

Médico Perito: Dr. Antônio Vituriano de Abreu

Assinatura do perito Examinador – CRM/PB 2279

---



Assinado eletronicamente por: ANTONIO VITURIANO DE ABREU - 12/10/2021 12:40:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21101212405684500000047229973>  
Número do documento: 21101212405684500000047229973

Num. 49780563 - Pág. 3