



Número: **0800897-17.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDOVAL GUEDES RIBEIRO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43494 103	22/05/2021 19:45	<a href="#">LAUDO PERICIAL</a>	Petição (3º Interessado)



PROCESSO Nº 0800897-17.2020.8.15.2001

Distribuído em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945, de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

Nome completo: SANTOVAL GOMES LISBEIRO

CPF: 512.433.824-15

Endereço completo: R. BRÁULIO MARTINS, 126, SANTA  
TEREZINHA, GUARAPARA.

**Informações do acidente**

Local: NÃO INFORMADO

Data do Acidente: 07/09/16

**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 nº \_\_\_\_\_ para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 4ª Vara Cível ou JEC da Comarca de CAPITAL.

João Pessoa, 21/05/2021

Santoval Gomes Lisboa  
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 informado.

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (s) encontra(m)-se acometida(s)?

MÃO ESQUERDA E CANGO

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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 2º e  
3º QUIRO DACTILO ESQUERDO E TRATAMENTO  
COM SISTEMAS DE TRAMA DO CANGO

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):

\_\_\_\_\_

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro 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.



LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 2º E 5º QUIRÓDACTILO DA MÃO ESQUERDA

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 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 integridade 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 segmento corporal da vítima).

b.2  Parcial Incompleta (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				
1ª Lesão <u>LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MÃO ESQUERDA</u>	<input type="checkbox"/> 10 % Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25 % Lev	<input type="checkbox"/> 50 % M	<input type="checkbox"/> 75 %	
Intensa					
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10 % Residual	<input type="checkbox"/> 25 % Lev	<input type="checkbox"/> 50 % M	<input type="checkbox"/> 75 %	
Intensa					
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10 % Residual	<input type="checkbox"/> 25 % Lev	<input type="checkbox"/> 50 % M	<input type="checkbox"/> 75 %	
Intensa					
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10 % Residual	<input type="checkbox"/> 25 % Lev	<input type="checkbox"/> 50 % M	<input type="checkbox"/> 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:

Jornal POSSOÁ 21/05/2021

Assinatura do médico - CRM

Luciano Jose Lira Mendes  
DR. LUCIANO JOSE LIRA MENDES  
CRM: 108214 - FORTALEZA  
C.R.M. - 108214 - FORTALEZA

2

