



Número: **0800320-14.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **30/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

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
JOSELITO MATIAS DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62628 590	24/08/2022 16:18	<a href="#"><u>LAUDO PERICIAL</u></a>	Petição (3º Interessado)



Assinado eletronicamente por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 24/08/2022 16:18:45

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082416184349400000059218215>

Número do documento: 22082416184349400000059218215

Num. 62628590 - Pág. 1

PROCESSO Nº 0800370-14.2020.8.15.0231

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: JOSELITO MARTINS DA SILVA

CPF: 078.787.914-22

Endereço completo: RUA TOÁ AMORIM, 356, CENTRO

**Informações do acidente**

Local: ZONA RURAL

Data do Acidente: 22/09/18

**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 é que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou JEC da Comarca de MANAUS/AC.

João Pessoa, 24/08/2022

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 (is) encontra(m)-se acometida(s)?

FACE E OMBRO DIREITO

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 nos ossos da FACE (MAXILAR) e TRATAMENTO CONSERVADOR da CINTA DA CINTA DIREITA

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:

disfunções apenas temporárias  
 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.

### DEFORMIDADE DA FACE A LIMITAÇÃO ARTICULAR DO OMBRO DIREITO

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

1º Lesão LIMITAÇÃO ARTICULAR DO OMBRO DIREITO

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa  100%

2º Lesão

DEFORMIDADE

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa  100%

FACE

3º Lesão

DEFORMIDADE

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa  100%

4º Lesão

DEFORMIDADE

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa  100%

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:  
CRM MAMAR GUAPÉ, 24/08/22

Assinatura do médico

Dr. Luciano J Lira Mendes  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 4190

