



Número: **0000228-56.2014.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **25/02/2014**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RUBENS DA SILVA AVELINO (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45759084	14/07/2021 18:12	228-56.2014	Laudo Pericial

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE PICUI – ESTADO DA PARAÍBA.

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, médico, inscrito no CRM-PB sob nº 5221, portador do RG nº. 1.238.347 SSP-PB e do CPF nº. 788.539.584-72, residente e domiciliado na Rua Abelardo da Silva Guimarães Barreto, 400/2701-Altiplano, João Pessoa-PB, nomeado por Vossa Excelência como PERITO JUDICIAL nos autos dos processos detalhados na planilha em anexo, vem, mui respeitosamente, por meio desta, _de requerer da V.Exª. o seguinte:

a) Por meio desse ofício entregar os **61 (SESSENTA E UM) laudos periciais**, dos processos listados em anexo, frutos das perícias realizadas no dia de 12/07/2021 nas dependências do Centro de Especialidades Médicas da Prefeitura Municipal de Picuí, a disposição do Fórum dessa Comarca.

b) Por oportuno, tendo em vista que a Seguradora Lider já efetuou o depósito dos Honorários Periciais em todos os processos acima listados, o requerente requer que sejam expedidos os respectivos alvarás autorizando o levantamento das quantias e seus posteriores créditos na **conta corrente nº. 11086-8, Agência 8632-0 do Banco do Brasil S.A.** de titularidade do requerente.

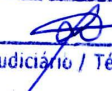
c) Por fim, ainda requer que sejam os alvarás expedidos enviados para meu endereço digital (**albertocurimatau@gmail.com**), conforme solicitado por o meu contador.

Logo, diante do exposto, é o que tem a requerer e renovo os votos de estima e admiração por esse Juiz.

Nestes Termos
Pede Deferimento.

Cuité – PB, 13 de julho de 2021.

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Ortopedia/Traumatologia CRM/PB 5221

DATA
Recebido nesta data em Cartório.
Picuí, 13 / 07 / 2021

Analista Judiciário / Técnico Judiciário



AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO
(Art. 31 da lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nº DO PROCESSO: 0000228-56.2014.815.0271

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL

AUTOR: JOSE RUBENS DA SILVA AVELINO

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoa 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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometido(s)?

HOUVE TRAUMA NA FACE MEDIAL (PARTE DE DENTRO) DO TORNOMELO ESQUERDO, QUE RESULTOU EM FRATURA NA JUNTA, TRATADA CONSERVADORAMENTE (SEM CIRURGIA)

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.

PACIENTE APRESENTA DOR RESIDUAL NO TORNOMELO ESQUERDO, AO DESEMPENHAR ATIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS

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 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.

VER ITEM II, Letra "b".

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(as) de dano(s) anatômico(s) corporal(is) funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/2009, 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 11.945/2009, considerando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

MEMBRO INFERIOR ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2ª Lesão ESQUERDO ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª 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:

PELOPE, 12/07/2021

Assinatura do médico – CRM

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-522115017702

