



Número: **0800728-67.2020.8.15.0081**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Bananeiras**

Última distribuição : **13/08/2020**

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
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA (AUTOR)	JOVELINO CAROLINO DELGADO NETO (ADVOGADO) TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
43154 420	15/05/2021 09:39	<a href="#"><u>LAUDO PERICIAL</u></a>



Assinado eletronicamente por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 15/05/2021 09:39:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051509393375700000041048394>  
Número do documento: 21051509393375700000041048394

Num. 43154420 - Pág. 1

PROCESSO N° 0800728-67.2020-815.0081

Distribuído em

**AVALIAÇÃO MÉDICA**

**PARA FINOS DE CONCILIAÇÃO**

Nome completo: Joel Santos de Oliveira  
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

CPF: 713.557.734-58

Endereço completo: Rua Mauricio Alves da Cunha, s/n

**Informações do acidente**

Local: VIA RODOVIÁRIA

Data do Acidente: 10/06/2010

**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 0800728-67.2020-8.150081 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou IEC da Comarca de Bonfim.

João Pessoa, 24/03/2021

x Joel Santos de Oliveira  
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)?  
CHAMOÉ E FACE

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.

TREATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA MANDÍBULA E SUTURA DA FACE

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.



DEFORMIDADE DA MANDÍBULA E DISFUNÇÃO  
EM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

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 suscetíveis 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  
*DISFUNÇÃO EM  
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR*  
Intensa  10 % Residual  25% Lev  50% M  75%

2º Lesão  
Intensa  10 % Residual  25% Lev  50% M  75%

3º Lesão  
Intensa  10 % Residual  25% Lev  50% M  75%

4º Lesão  
Intensa  10 % Residual  25% Lev  50% M  75%

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:

*BAIANEIRA, 24/03/2021*

Assinatura do médico - CRM

*Luciano José Lira Mendes*  
Dr. Luciano José Lira Mendes  
ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - 4290  
CET 45549104-7  
CRM - 4290  
CET 45549104-7

