



Número: **0801945-88.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **06/11/2017**

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	
DIONISIO NASCIMENTO DA SILVA (AUTOR)		DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35258609	08/10/2020 11:13	<a href="#">FORMULÁRIO - 0801945-88.2017</a>	Laudo Pericial

PROCESSO Nº 0801945 - 88.2017.8.15.0231

Distribuído em

06 / 11 / 2017

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

PERITO \_\_\_\_\_

BANCA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Manhã \_\_\_\_ Tarde

Nome completo: DIONÍSIO NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 075.764.544-58

Endereço completo: RUA SEBASTIÃO BINHA, Nº 60, PLANALTO,  
MAMANGUAPE - P.B.

**Informações do acidente**

Local: MAMANGUAPE - P.B.

Data do Acidente: 04 / 08 / 2016

**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 n.º

\_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou JEC da Comarca de \_\_\_\_\_

João Pessoa/PB, 08 / 10 / 2018

Dionísio Nascimento da Silva 99118 2013  
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 informando:

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

Membros superiores direitos, Abdomen e membro superior

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.

Sim. As lesões são de natureza traumática e com mecanismo de trauma rotacional.

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):

Dr. Raphael  
Médico  
CRM/PB 11997

Dr. Rayssa Dantas de A. Almeida  
Médica  
CRM: 7058/PB 21421/PF



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo, informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

*Opiciando refer posturo-luxação de punho direito, evoluindo com déficit de força e limitação de movimento de punho supinador de punho direito; refer posturo de 1º quadrante de punho direito evoluindo com perda funcional do referido movimento; refer posturo de clavicula direita evoluindo com plano residual (houve tratamento cirúrgico); refer trauma abdominal fechado com tratamento cirúrgico (enterotomia)*

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 gerado(es) de dano(s) anômico(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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☐ Parcial

(Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 anômico

Marque aqui o percentual

1º Lesão

*1º Quadrante de punho direito*

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☒ 75% Intensa

2º Lesão

*Punho direito*

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☒ 75% Intensa

3º Lesão

*Clavicula esquerda*

☒ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 75% Intensa

4º Lesão

*Abdomen*

☒ 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:

*Maranguape, 08/10/2020*

Assinatura do médico - CRM

*Dr. Raphael de Sá*

Médico

CRM: 7058/PB 21421/PF

Dr. Raphael de Sá  
Médico  
CRM/PB 11997

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) Juiz(a) de Direito Coordenadora do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC) da Comarca de Mamanguape, Estado de Paraíba.

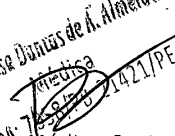
Por meio do presente expediente, venho, respeitosamente, **REQUERER** o pagamento dos honorários advocatícios, referente a perícia médica realizada nos autos do processo 0801945-88-2019 815.0231, mediante depósito/transfêrencia para conta bancária de minha titularidade (credor marcar com um "x" sua identificação):

\_\_\_\_\_ **Dr. ROBERTO PIRES DE ALMEIDA** - CRM n. 7118/PB e CPF: **034.891.584-58**/conta bancária: **BANCO DO BRASIL** AGÊNCIA: 3502-5, CONTA CORRENTE: 7898-0.

 **Dr(a). RAYSSA DANTAS DE AZEVEDO ALMEIDA** - CRM n. 7058/PB e CPF: **039.729.004-73**/conta bancária: **BANCO DO BRASIL**, AGÊNCIA: 5026-1, CONTA CORRENTE: 11.957-1.

Nestes termos, pede deferimento.

Mamanguape/PB, 08 de outubro de 2020.

  
CRM: 7058/PB  
Médico Perito

**INDEPENDENTEMENTE DE CONCLUSÃO**

**D E S P A C H O**

Considerando a realização da perícia técnica judicial pelo(a) requerente, **DEFIRO** o pedido de liberação dos honorários periciais, ao tempo em que determino seja realizada a transferência do montante, na forma acima requerida.

Mamanguape/PB, \_\_\_\_\_ de outubro de 2020.

  
**Juliana Duarte Maroja**  
Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC  
Comarca de Mamanguape/PE

1

