



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	
<b>DIONISIO NASCIMENTO DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)</b>	
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)</b>		<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35258 609	08/10/2020 11:13	<a href="#"><u>FORMULÁRIO - 0801945-88.2017</u></a>	Laudo Pericial

PROCESSO N° 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: 045.764.544-58

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

Informações do acidente

Local: MAMANGUAPE - PB.

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 / 2016

Dionísio Nascimento da Silva 991182013  
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(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Nenhum sinal clínico, abalo e ferimento visível

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 não tem particular teor permanente e com o mecanismo do trauma resolvidas.

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 da  
Médico  
CRM/PB 11997

Jr. Rayssa Dantas de Almeida  
Médica  
CRM: 7058/PB 21421/PE



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. *O paciente regreu rotina - luxação do punho direito, evoluindo com dor na mão e limitação da movimentação do punho direito, regreu rotina de 1º quinzelto do dia, evoluindo com dor funcional da região movimento; regreu rotina da clavícula direita, evoluindo com plano residual (não tratamento cirúrgico); regreu rotina abdominal fechado com tratamento clínico (enterostomia)*

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 suscetiveis 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 integra 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 Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico	Marque aqui o percentual			
1º Lesão <u>Quintaditilo direito</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
2º Lesão <u>Punho direito</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
3º Lesão <u>Clavícula esquerda</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4º Lesão <u>Abdome</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<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:

Maranaguape, 08/10/2020

Assinatura do médico - CRM

Júlia Ramalho Souto de Almeida

Médica

CRM: 7058/PB 21421/PE

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 0801945-88-2012 815.0231, mediante depósito/transferência 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.

*Rayssa Dantas de A. Almeida*  
Perito  
CRM: 7058/PE  
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

