



Número: **0015586-45.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
83375 813	03/07/2021 14:17	<a href="#"><u>Arcelina</u></a>	Laudo Pericial

## INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

José Mário Vieira de Melo Almeida  
Escr.: CPF: 124.742.624-66

Nº do Processo: 0015586-45.2020.8.17-2001

Nome completo: ANGELINA AMANDA VIEIRA DE MELO (REP)

CPF: 065.985.894-01

Vara: 10 VARA A

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Local do acidente:

Cachoeirinha DE

Data do Acidente: 11/01/2019

## Avaliação

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a)  Sim

b)  Não

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

PUNTO ESQUERDO

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.

ENTRAM DO PUNTO ESQUERDO  
TAT CINQUENT

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a)  Sim

b)  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.

DEFORMIDADE RESIDUAL  
PUNTO ESQ. BOA MOBILI  
DA DE

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

a)  Sim, em que prazo: \_\_\_\_\_

b)  Não

*Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao 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) mas susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) 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, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a)  Total (Dano anatômico 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.



## INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Escr.:

- 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 redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

<b>Segmento Anatômico</b>	Marque aqui o percentual		
<b>1ª Lesão</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/>
<u>PUNHO</u> <u>ESQUERDO</u>	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
Intensa			
<b>2ª Lesão</b>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/>
<u> </u> <u> </u>	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
Intensa			

3ª Lesão

<input type="checkbox"/>	10% Residual	<input type="checkbox"/>	25% Leve	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	50% Média	<input type="checkbox"/>	75%	<input type="checkbox"/>

## Intensa

4ª Lesão

10% Residual     25% Leve  
 50% Média     75%

**Intensa**

**Observação:** Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

**Data da realização do exame médico legal:**

07/07/2021 Dr. Oyama Arruda Jr  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 11648 RQE - 5329

Espaço para assinatura do médico legista perito

### **Informações Complementares**

