



Número: **0802352-43.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCILBERTO VITORINO (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46746 066	05/08/2021 21:19	<a href="#"><u>FRANCILBERTO VITORINO</u></a>	Documento de Comprovação



## ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO  
VARA ÚNICA DE PRINCESA ISABEL

### LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

**PROCESSO: 0802352-43.2020.8.15.0311**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): FRANCILBERTO VITORINO**

**PROMOVIDO: DPVAT**

**ESPECIALIDADE: PERÍCIA MÉDICA E ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

### 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(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

**Resp. : QUADRIL ESQUERDO.**



Assinado eletronicamente por: TIAGO MARTINS FORMIGA - 05/08/2021 21:19:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080521192547600000044403195>  
Número do documento: 21080521192547600000044403195

Num. 46746066 - Pág. 1

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.

**Resp. :** PACIENTE FOI ATENDIDO NA CIDADE DE PRINCESA ISABEL-PB NO DIA 25/08/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO QUADRIL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIARA TAL LESÃO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE PLACA DHS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**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):

**Resp.:** Não se aplica.

**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.

**Resp.:**

QUADRIL ESQUERDO: APRESENTA COMPROMETIMENTO DA MOBILIDADE PASSIVA E ATIVA DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO QUADRIL EM 60°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO QUADRIL EM 10°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CICATRIZ DE 7 CM EM FACE LATERAL DO QUADRIL, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E SUBIR ESCADA.

**V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de 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 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) mais suscetível(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). 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 da 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.

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



**Segmento Anatômico****Marque aqui o percentual**

1ª Lesão

**QUADRILESQUERDO** 10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

2ª Lesão

 10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

Local e data da realização do exame médico:

PRINCESA ISABEL – PB , 15 de JULHO de 2020

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito

