



Número: **0801834-25.2020.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **23/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VICTOR SILVA DE LIMA (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51738072	24/11/2021 10:26	PROCESSO 0801834 25 2020 LAUDO	Documento de Comprovação

Zimbra

sld-vuni@tjpb.jus.br

Re: ENCAMINHAMENTO LAUDO DPVAT

De : Gastro Clinica Campina Grande
<gastroclinicacg@yahoo.com.br>

qua, 24 de nov de 2021 10:03

📎 1 anexo

Assunto : Re: ENCAMINHAMENTO LAUDO DPVAT**Para :** VARA ÚNICA DE SOLEDADE <sld-vuni@tjpb.jus.br>**Bom dia!**

Aos cumprimentos de praxe, venho por meio deste, encaminhar em anexo o laudo conclusivo da perícia médica realizada em 27/10/2021 em razão do Processo Judicial Nº 0801834-25.2020.8.15.0191 movido por Victor Silva Lima, para fins de pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente.

Em tempo, solicito que os honorários referentes às perícias realizadas por este perito, para fins de pagamento de indenização DPVAT, seja depositada diretamente em conta corrente e agência listada abaixo:

Perito Médico: Carlos Alberto Figueiredo Filho
CPF: 028.064.534-10
BANCO: SICRED
AGÊNCIA: 2201
CONTA CORRENTE: 44262-3

Respeitosamente,

Paula Cristiane
Assistente Administrativa
Dr Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico CRM 5379 PB
Fone: (83) 3321-3829 / 3342-0001 / 99910-5132

Em sexta-feira, 12 de novembro de 2021 15:52:56 BRT, Gastro Clinica Campina Grande <gastroclinicacg@yahoo.com.br> escreveu:

Boa tarde!

Aos cumprimentos de praxe, venho por meio deste, encaminhar em anexo o laudo conclusivo da perícia médica realizada em 27/10/2021 em razão do Processo Judicial Nº 0801834-25.2020.8.15.0191 movido por Victor Silva Lima, para fins de pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente.



Em tempo, solicito que os honorários referentes às perícias realizadas por este perito, para fins de pagamento de indenização DPVAT, seja depositada diretamente em conta corrente e agência listada abaixo:

Perito Médico: Carlos Alberto Figueiredo Filho
CPF: 028.064.534-10
BANCO: SICRED
AGÊNCIA: 2201
CONTA CORRENTE: 44262-3

Respeitosamente,

Paula Cristiane
Assistente Administrativa
Dr Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico CRM 5379 PB
Fone: (83) 3321-3829 / 3342-0001 / 99910-5132

 **Victor Silva Lima.pdf**
1 MB



PROCESSO Nº 0801834-25.2020.8.J5.0191

LAUDO MÉDICO PERICIAL- DPVAT



Nome completo da vítima: Victor Silveira Lima
CPF: 709.702.294-96
Endereço completo: Sítio Chácara Sauto Antônio, S/N - Zona Rural
Cubati - PB

Informações do acidente

Local: SOBREVAZ - PB
Data do Acidente: 03/03/2019

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 pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de Soledade - PB.

Campina Grande/PB, 27/10/2021

Victor Silveira de Lima
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) # JOELMO BRITO #

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. FRACTURA PLATO TIBIAL - TRATA

MENTO CERVICAL + COMBINAÇÃO VÍCIATA + LIMITAÇÃO
SEUENA FLEXÃO + DE FOMIÇÃO.

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 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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTETSA
JOELIAO DIMEITO

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 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 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 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

Segmento anatômico	10% Residual	25% Leve	50% Média	75% Intensa
1º Lesão <u>JOELIAO DIMEITO</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2º Lesão _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º Lesão _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º Lesão _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

CAMPINA GRANDE 27, 10, 2021

Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico
CRM-PB 5379

Dr. Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico - CRM: 5379