



Número: **0800045-06.2021.8.15.0401**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Umbuzeiro**

Última distribuição : **18/01/2021**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ADRIANO DA SILVA (AUTOR)		WILLIAM WAGNER DA SILVA (ADVOGADO) ROBINSON OLANDINO FOOK SHIAM (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61874 897	09/08/2022 10:36	Laudo Pericial	Informação

PROCESSO Nº 0800045-06.2021.8.15.0401

LAUDO MÉDICO PERICIAL- DPVAT

PERITO
Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico
CRM-PB 5379

Nome completo da vítima: Jose Adreusino da Silva

CPF: 066.654.014-48

Endereço completo: Rovendo de Boa Vista, S/N, Zona Rural,
Cado Bravo - PB

Informações do acidente

Local: CADO BRAVO - PB

Data do Acidente: 13 / 09 / 2018

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

Umbuzeiro - PB

Campina Grande/PB, 27/10/2021

Jose Adreusino da Silva

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)?

DIREITO #

MEMBRO ANTERIOR

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.

FURTO DE MEMBRO ANTERIOR + TIBIA (JOELHO FLUTUANTE) TRATAMENTO CIRÚRGICO + ENTENHO OBBE MARCA CLAUDICANTE + DESVANTAJES COM TRATAMENTO CIRÚRGICO

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):

b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

no patrimônio físico da vítima.

LIMITAÇÃO funcional FINANCEIRA
MEMBRO SUPERIOR DIREITO

☐ Sim, em que prazo:

☐ Não

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) 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:

a) Total

b)  **Parcial**

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 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.

Marque aqui o percentual

1º Lesão

MEMBRAS ENFERMIS DENTISTAS ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2º Lesão

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

3º Lesão

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

4º Lesão

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:

Assinatura do médico 27/10/20

Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico
CRM-PB 5379

Dr. Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Medico – CRM: 5379

