



Número: **0805362-44.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **05/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

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
LAYANE MORAIS DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62624 032	24/08/2022 15:07	<u>LAUDO PERICIAL</u>	Petição (3º Interessado)



Assinado eletronicamente por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 24/08/2022 15:07:09

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082415070788700000059213705>

Número do documento: 22082415070788700000059213705

Num. 62624032 - Pág. 1

PROCESSO Nº 1205362-44.2020.8.15.0231

Distribuído em

/ /

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

Nome completo: LAYANE MORAIS DA SILVA

CPF: 110.405.274-18

Endereço completo: RUA PINHEIRO 2, S/N, SAS DOS GÊS 3
ITAPORORÓ CA

Informações do acidente

Local: RODÔVIA

Data do Acidente: 04/11/2019

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 conciliação em razão do processo judicial nº _____ para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2ª Vara Cível ou JEC da Comarca de MAMANGUAPÉ

João Pessoa, 24/08/2022

Layane Moraes 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 informado.

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra(m)-se acometida(s)?

PERNA ESQUERDA

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.

TREATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA
DA TÍBIA E FÍGULA ESQUERDA

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 cursa com:

disfunções apenas temporárias
 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.

LIMITE FUCIONAL ARTICULAR DO TOLHO ESQUERDO

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 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 integridade 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 segmento corporal da vítima).

b.2 Parcial Incompleta (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 LIMITAÇÃO FUNCIONAL ARTICULAR TOLHO ESQUERDO 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

2º Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

3º Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

4º Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100%

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:
CRM MAMMA GUAPP, 24/08/22

Assinatura do médico

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290

