



Número: **0856897-71.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/09/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37095105	25/11/2020 15:37	Petição	Petição
37095108	25/11/2020 15:37	2764549_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_Anexo_02	Outros Documentos
37095109	25/11/2020 15:37	2764549_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01	Outros Documentos
37087125	25/11/2020 13:57	Certidão/perícia realizada	Certidão
37087129	25/11/2020 13:57	Realizada. 0856897-71.2019.8.15.2001	Comunicações

EM ANEXO





N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	N° DA CONTA JUDICIAL
0		22/11/2020	1618	500121359434
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO	TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
19/11/2020	2764549	08568977120198152001	TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
JOAO PESSOA	4 VARA CIVEL	RÉU	200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO	TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ		
MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A	Jurídica	61074175000138		
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE	TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ		
JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR	Física	09458510490		
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
42733831F900F598				
CÓDIGO DE BARRAS				





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08568977120198152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

JOAO PESSOA, 24 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
4ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0856897-71.2019.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR
REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo:
laudo de perícia realizado

4ª Vara Cível da Capital-Pb, 25 de novembro de 2020.

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO

Analista Judiciário



PROCESSO Nº 0856897-71.2019.8.15.2001

Distribuído em

/ /

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

PERITO: _____

BANCA: _____

____ Manhã ____ Tarde

Nome completo: Josévaldo Costa dos Anjos Junior

CPF: 094.585.104-90

Endereço completo: Rua Doutor Valdevino Gregório de Andrade, 246, Valentina de Figueiredo, João Pessoa - PB, CEP: 58063-480

Informações do acidente

Local: Av. Dom Pedro II

Data do Acidente: / /

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 _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de _____

João Pessoa/PB, / /

Natalicio Evangelista dos Santos Neto
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)?

1 QUIRODACTILO DA MÃO DIREITA

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis como quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

LESÃO DE PARTE MOLES DA REGIÃO DO LE QUIRODACTILO DA MÃO DIREITA

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 do 1º QUIRODACTILO DIREITO

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.1 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal acometido).

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 alegação 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

Segmento anatômico

1º Lesão

Limitação funcional
do 1º QUIRODACTILO

2º Lesão

3º Lesão

4º Lesão

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

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

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

☐ 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:

DAF PESSOA 12/11/2020

Assinatura do médico – CRM

Luciano José Lira Mendes

Dr. Luciano José Lira Mendes
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - 4290
CPF: 485549104-78

