



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
37095 105	25/11/2020 15:37	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
37095 108	25/11/2020 15:37	<a href="#"><u>2764549_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos
37095 109	25/11/2020 15:37	<a href="#"><u>2764549_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01</u></a>	Outros Documentos
37087 125	25/11/2020 13:57	<a href="#"><u>Certidão/perícia realizada</u></a>	Certidão
37087 129	25/11/2020 13:57	<a href="#"><u>Realizada. 0856897-71.2019.8.15.2001</u></a>	Comunicações

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 15:37:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112515370011700000035400885>  
Número do documento: 20112515370011700000035400885

Num. 37095105 - Pág. 1



Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
0		22/11/2020	1618	500121359434
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
19/11/2020	2764549	08568977120198152001	TRIBUNAL DE JUSTICA	ESTADUAL
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				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 15:37:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112515370110300000035400887>  
Número do documento: 20112515370110300000035400887

Num. 37095108 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 15:37:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112515370191100000035400888>  
Número do documento: 20112515370191100000035400888

Num. 37095109 - Pág. 1



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

---

PROCESSO N° 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



Assinado eletronicamente por: NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO - 25/11/2020 13:57:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112513572810100000035393311>  
Número do documento: 20112513572810100000035393311

Num. 37087125 - Pág. 1

PROCESSO N° 0856897-71.2019.8.15.2001

PERITO: \_\_\_\_\_

Distribuído em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

BANCA: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_ Manhã \_\_\_\_ Tarde

Nome completo: Josévaldo Costa dos Anjos Júnior  
CPF: 004.585.104-90  
Endereço completo: Rua Doutor Valdemiro Gregório de Andrade, 246, Valentina  
de Figueiredo, João Pessoa - PB, CEP: 52063-480

**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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Josévaldo Costa dos Anjos Júnior  
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 QUIRURGICO 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 PE PARTE MOLAR DA REGIÃO 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 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  10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

2º Lesão

DO QUIRODACTILO  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:

Itaó Pessas 12/11/2020

Assinatura do médico - CRM

Luciano José Lira Mendes

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

