



tribunal  
de justiça  
do estado de goiás

COMARCA DE GOIÂNIA  
1º CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA DE 1º E 2º GRAU

### TERMO DE SESSÃO DE CONCILIAÇÃO

Processo: 200804008072

Natureza: Cobrança

Requerente: **Diogo Júnior Gomides Lopes**

Requerido(a): **Itaú Seguros S/A**

Advogado(a) da Requerente: Dr. Roberto Campos Leite OAB-GO: 8.431

Advogada do(a) Requerido(a): Dra. Shaiane Soares de Brito OAB-GO: 33.092

**Data:** 05.12.2013

**Horário:** 15:30

**BANCA:** 50

Feito o pregão, verificou-se a presença da parte requerente, acompanhada de seu advogado, acima mencionado, bem como do advogado(a) da parte requerida, supra mencionado.

Aberta a audiência, não foi ofertada proposta de conciliação pela parte requerida, em razão da ocorrência da prescrição.

A advogada da parte requerida, requereu o prazo de 05 (cinco) dias para juntada do substabelecimento.

Remetam-se os autos à Vara de origem para as providências que entender cabíveis.

Nada mais, encerra-se o presente termo que, lido e achado conforme, foi devidamente assinado.

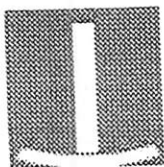
Solange da Silva Santos Ferreira

Conciliador(a) Voluntário(a)

Requerente:

Advogados:

  
Shaiane S. Brito Vilela  
OAB / GO - 33-092



Tribunal de Justiça do Estado de Goiás  
1º Centro de Solução de Conflitos e Cidadania.  
Audiências Concentradas de Seguros DPVAT.  
Goiânia, dias 05 e 06 de dezembro de 2013.

Protocolo / nº Processo:

200804008072

Médico Legista Júnior

Dr. Antônio Nery da Silva Júnior  
Médico Perito  
CRM: 8435

apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Em caso de lesão(ões) parcial(is) descreva:

Lesão:

Brachio Dintip

( ) PARCIAL COMPLETO

(+) PARCIAL INCOMPLETO

( ) Residual (10%) (+) Leve(25%) ( ) Moderada(50%) ( ) Grave (75%)

Lesão:

( ) PARCIAL COMPLETO

( ) PARCIAL INCOMPLETO

( ) Residual (10%) ( ) Leve(25%) ( ) Moderada(50%) ( ) Grave (75%)

Lesão:

( ) PARCIAL COMPLETO

( ) PARCIAL INCOMPLETO

( ) Residual (10%) ( ) Leve(25%) ( ) Moderada(50%) ( ) Grave (75%)

Lesão:

( ) PARCIAL COMPLETO

( ) PARCIAL INCOMPLETO

( ) Residual (10%) ( ) Leve(25%) ( ) Moderada(50%) ( ) Grave (75%)

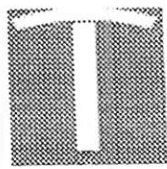
Informações complementares (caso não seja utilizado – favor inutilizá-lo)

Dr. Antônio Nery da Silva Júnior  
Médico Perito  
CRM: 8435

Médico Perito Oficial

Médico Assistente Reclamante

Médico Assistente Reclamado



Tribunal de Justiça do Estado de Goiás  
1º Centro de Solução de Conflitos e Cidadania.  
Audências Concentradas de Seguros DPVAT.  
Goiânia, dias 05 e 06 de dezembro de 2013.

Protocolo / nº Processo: 200804008072  
Médico Legista Perito.  
Dr. Antônio Nery da Silva Junior.  
Médico Perito  
CRM: 8435

**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

Nome Completo: Duque Junior Genuino

CPF: 843.308.301-59

Local do Acidente (B.O.): GOIÂNIA

Data do Acidente: 24/10/2005

**Avaliação do Médico Perito Legista**

1 - Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?  
a - (X) Sim b - ( ) Não  
Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

2 - Descrever o quadro clínico atual informando:

A - Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):  
limite amputado a nível + região ASOMADO com tratamento  
do Tórax e abdome com amputação de membro superior direito  
do membro superior direito.

3 - Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação? a - ( ) Sim b - (X) Não  
Se SIM, descreva:

4 - Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:  
a - ( ) Disfunções apenas temporárias  
b - (X) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)  
(Neste caso não prosseguir).

5 - Há necessidade de exame complementar? A - (X) Não B - ( ) Sim, em que prazo:  
(Neste caso não prosseguir).

6 - Qualifique a(s) graduação(ões) do(s) dano(s) anatômico(s) ou funcional(is) definitivo(s) em relação ao(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s):

a ( ) - TOTAL (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

b (X) - 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 o dano é:

c ( ) PARCIAL COMPLETO (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento da vítima).

d ( ) PARCIAL INCOMPLETO (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa

## CHECK LIST - MUTIRÕES DPVAT

ESCRITÓRIO: JOÃO BARBOSA2008-20513

ESCRITÓRIO QUE REALIZOU A AUDIÊNCIA:

11-09-08

DATA DA AUDIÊNCIA

12/5/2013:30:00

PM 15:30h2

GPROC:

382604

(X) O MESMO ( ) OUTRO 50

15ª VC ( ) JEC ( ) TJ COMARCA:

UF: GO

## DADOS DO PROCESSO

|          |                                                                               |                            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| AUTOR    | NOME: DIOGO JUNIO GOMIDES LOPES                                               |                            |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA ( ) BENEFICIÁRIO ( ) REP. LEGAL    |                            |
| PROCESSO | 200804008072                                                                  |                            |
| VÍTIMA   | NOME:                                                                         |                            |
|          | ( ) INCAPAZ ( ) MENOR                                                         |                            |
| OBJETO   | ( ) MORTE <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ ( ) REEMBOLSO DE DAMS | DATA DO SINISTRO: 24-04-05 |

## INVALIDEZ PERMANENTE

|                                             |                                                                                                              |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LAUDO NOS AUTOS?                            | ( ) NÃO ( ) IML ( ) JUDICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR ( ) MUTIRÃO ANTERIOR ( ) OUTROS: |
| LESÃO APURADA NO LAUDO ANTERIOR AO MUTIRÃO: | Região Dorso ( ) 10% <input checked="" type="checkbox"/> 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%                        |
| AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:                | 1. Torção do Direito ( ) 10% <input checked="" type="checkbox"/> 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%                |
|                                             | 2. ( ) 10% ( ) 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%                                                                  |
|                                             | 3. ( ) 10% ( ) 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%                                                                  |
| EMPRESA MÉDICA                              | ( ) ATPE ( ) CNIS ( ) MS MOZES ( ) IMEP                                                                      |
|                                             | ( ) SALEK ( ) EXTRAMED ( ) ACE ( ) SAUDESEG                                                                  |

## MORTE

|                                                                           |                                                                                                                 |                                                            |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| DATA DO ÓBITO:<br>____/____/____                                          | CERTIDÃO DE ÓBITO<br>( ) SIM ( ) NÃO                                                                            | BENEFICIÁRIOS:<br>( ) CÔNJUGE ( ) FILHOS ( ) OUTROS:       | QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:                           |
| <b>MUTIRÃO DE CONCILIAÇÃO</b><br><br><b>DPVAT</b><br><br><b>CÓPIA B.O</b> | ACORDO<br>( ) SIM                                                                                               | MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO                      |                                                        |
|                                                                           | Valor Total do acordo:<br>R\$: _____<br><br>Protocolo - 11-09-08<br><br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO | ( ) AUTOR NÃO COMPARECEU                                   | ( ) LITISPENDENCIA                                     |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) NÃO ACEITOU PROPOSTA                                   | ( ) SINISTRO PAGO ADMINISTRATIVAMENTE                  |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) ILEGITIMIDADE ATIVA                                    | <input checked="" type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO         |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO                             | ( ) VÍTIMA SOFREU O ACIDENTE MAS NÃO HÁ LESÃO          |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) SENTENÇA DE EXTINÇÃO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO NOS AUTOS | ( ) SINISTRO NÃO É DE RESPONSABILIDADE DO CONSÓRCIO    |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS                 | ( ) JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL EM OUTRO PROCESSO     |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA COM TRÂNSITO NOS AUTOS       | ( ) SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA SEM TRÂNSITO NOS AUTOS   |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) NÃO É ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR           | ( ) VÍTIMA POSSUI LESÃO MAS NÃO HÁ NEXO COM O ACIDENTE |
|                                                                           |                                                                                                                 | ( ) REGULAÇÃO 2 (AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO DUT)             | ( ) REGULAÇÃO 8                                        |
| ( ) OUTROS                                                                |                                                                                                                 |                                                            |                                                        |

## VERIFICAÇÃO MEGADATA

|                                    |                                                        |                |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------|
| SINISTRO / PGTO ADMINISTRATIVO     | ( ) SIM ( ) NÃO /                                      |                |
| NATUREZA DO SINISTRO :             | ( ) 1 - MORTE ( ) 2 - INVALIDEZ ( ) 3 - DAMS ( ) OUTRA |                |
| VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: | R\$: _____ NAT: _____                                  | RUBRICA LÍDER: |
|                                    | DATA DO PGTO: ____/____/____                           |                |
| VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: | R\$: _____ NAT: _____                                  |                |
|                                    | DATA DO PGTO: ____/____/____                           |                |
| PAGAMENTO JUDICIAL                 | R\$: _____ NAT: _____                                  |                |
| NATUREZA DO PGTO (TELA 30) :       | DATA DO PGTO: ____/____/____                           |                |