



Número: **0807658-13.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **18/11/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDO DA SILVA GOMES (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39967 275	26/02/2021 11:32	<u>Petição</u>	Petição
39967 278	26/02/2021 11:32	<u>2773479_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_Anexo_02</u>	Outros Documentos
39967 280	26/02/2021 11:32	<u>2773479_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01</u>	Outros Documentos
39955 395	26/02/2021 09:27	<u>Petição Juntada de Quesitos Periciais</u>	Petição
39956 051	26/02/2021 09:27	<u>QUESITOS DPVAT EDUARDO DA SILVA GOMES</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/02/2021 11:32:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022611323326600000038078562>
Número do documento: 21022611323326600000038078562

Num. 39967275 - Pág. 1



Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)		Nº DA CONTA JUDICIAL
0		19/02/2021		151		1300120183171
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA		Nº DO PROCESSO		TIPO DE JUSTIÇA	
18/02/2021	2773479		08076581320198150251		ESTADUAL	
COMARCA		ORGÃO/VARA		DEPOSITANTE		VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
PATOS		7 VARA MISTA		RÉU		250,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO			TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			Jurídica		09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE			TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
EDUARDO DA SILVA GOMES			Física		23561163890	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA						
8F3819585439EADE						
CÓDIGO DE BARRAS						



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/02/2021 11:32:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022611323413800000038078565>
Número do documento: 21022611323413800000038078565

Num. 39967278 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 1 VARA MISTA DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo n.º 08076581320198150251

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **EDUARDO DA SILVA GOMES**, 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.

PATOS, 23 de fevereiro de 2021.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/02/2021 11:32:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022611323449100000038078567>
Número do documento: 21022611323449100000038078567

Num. 39967280 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 7^a VARA DA
COMARCA DE PATOS-PB.**

Processo N° 0807658-13.2019.8.15.0251

EDUARDO DA SILVA GOMES, já qualificada nos autos, vem, perante V. Ex.^a, em observância ao despacho (*id* 39035727), que determinou data para realização de perícia médica, juntar os quesitos médicos para que sejam respondidos na realização da perícia.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Patos, Paraíba, 26 de fevereiro de 2020.

JAQUES RAMOS WANDERLEY

OAB-PB N° 11.984

GUSTAVO RAMOS WANDERLEY

OAB-PB N° 27.708



AVALIAÇÃO MÉDICA

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: **EDUARDO DA SILVA GOMES**

Processo sob o nº. **0807658-13.2019.8.15.0251**

Vara: **7ª VARA MISTA DE PATOS– PB**

Endereço completo:

Avaliação Médica – Quesitos

1. Queira o (a) Sr(a). Perito(a) informar se possui contrato ativo junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou se presta de forma terceirizada serviços a quem possui contrato com a Seguradora Líder para realizar perícias judiciais em mutirões judiciais, administrativos ou como médico perito assistente da seguradora líder/promovida? explique.

2. Queira o (a) Sr(a). Perito(a) informar se possui ou já possuiu algum vínculo de trabalho junto a seguradora Líder? Qual?

3. O (a) Sr (a). Perito(a) já foi, no passado, contratada pela Seguradora Líder para realizar perícias judiciais ou administrativas, ou já funcionou de alguma forma como assistente de perícia em favor da seguradora Líder?

4. 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.

5. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);



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.

6. 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):

7. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) Disfunções apenas temporárias

() Sim () Não

b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

() Sim () Não

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

8. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Sim (), no prazo: _____

Não ()

09. 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 susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) 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, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) () **Total** (Dano anatômico 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.2 () **Parcial Incompleto** (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 da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação 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			
1ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

_____, ____ / ____ / _____

_____ - Assinatura do médico -

CRM/perito

ANEXO – Artigo 3º. da Lei no. 6.194 de 19 de dezembro de 1974

