



Número: **0809491-13.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 27.114,18**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PEDRO AILSON DA SILVA (AUTOR)	ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44003 783	05/06/2019 16:49	<u>01 - PROCURAÇÃO</u>	Procuração
44003 789	05/06/2019 16:49	<u>02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
44003 796	05/06/2019 16:49	<u>03 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</u>	Documento de Comprovação
44003 814	05/06/2019 16:49	<u>04 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
44003 819	05/06/2019 16:49	<u>05 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
44003 837	05/06/2019 16:49	<u>06 - CNH</u>	Documento de Identificação
44003 842	05/06/2019 16:49	<u>07 - DOCUMETAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR</u>	Documento de Comprovação
44003 854	05/06/2019 16:49	<u>08 - FORMULÁRIOS</u>	Documento de Comprovação
44003 864	05/06/2019 16:49	<u>09 - CRLV</u>	Documento de Identificação
44003 872	05/06/2019 16:49	<u>10 - AVISO DE SINISTRO</u>	Documento de Comprovação
44018 836	11/06/2019 09:56	<u>Despacho</u>	Despacho
45433 501	01/07/2019 11:13	<u>Citação</u>	Citação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

*Abel Maia, brasileiro, Recluíro, natural
de Rio Grande, nº 1.672, 810.550/000-027, CEP nº 594-222
residente e domiciliado na Rua Silveira Vaz, nº 565, 565-000-000,
Zona Rural, Barrauna/RN, CEP: 59695-000.*

OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, salvadoriano, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

OBJETO: representar o (s) Outorgado(s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor, quaisquer ações, medidas incidentais, atacando os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicium et extra*, para o fôro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, previdor, ter e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandado vinculante e contratual, podendo substituir este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandado.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, contestar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber R\$V e ALVARAS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

Mossoró/RN, 22 / 01 /2019.

Abel Maia, Zélio Silveira

OUTORGANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

(RJ), 26663-000

Mossoró/RN: Vila Mafisa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

(RJ), 26673-347-0

Serra do Mel/RN: R. Celso Severino Lazzari da Cunha, 12, CEP: 59663-000, Vila das Flores

Abel Maia, Zélio Silveira
DR. ABEL MAIA
Advocacia



DR. ABEL MAIA
Advogado. OAB/RN 12.440

DECLARAÇÃO DE HIPÓSSUFICIÊNCIA

Eu,

Pedro Silveira da Silva, brasiliense, Pediátrico, residente
desde 2016, RG nº 1.672.810.578/RN, CPF nº 027.245.0
94-02, residente e domiciliado na Rua Silveira 200,
56.500-300, Belo Horizonte/MG, CEP: 59055-000.

Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 - Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

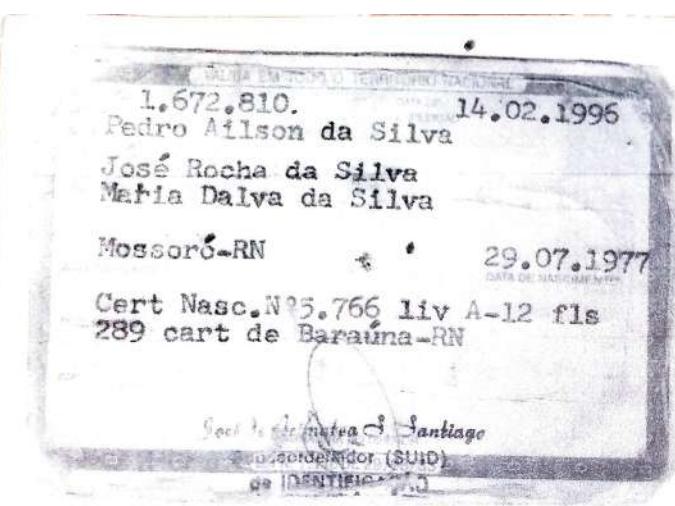
Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 22/01/2019.

Pedro Silveira da Silva

DECLARANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Figueira, 419, CEP: 59610-090, Centro
(84) 9 9482-4082
Mossoró/RN: Vila Matisa, 12240, CEP: 59619-899, Área Rural
(84) 9 9880-4144
Serra do Mel/RN: R. Colônia Severino Lázaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília
(84) 9 8773-3770
abelmaiaadv@gmail.com



REVIEWS 203

CPF 943 037 544-04

MARI MEIDE FERW

Consumo Aborigen

Centro Núm. Pùblica Municipal
Multa por atraso-NF 012350732 - 14/05/18
Juros por atraso-NF 012350732 - 14/09/18
Atualização 05PNA-NF 012350732 - 14/09/18

TOTAL DA FATURA

TIPO DA FUNÇÃO	Nº DO EDIFICIO	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
							Nº DE DIAS	DIAS	DIAS
CAT	5151513174	15/10/2018	1.455,00	15/10/2018	1.515,00	-60	-1,00	0,00	\$1,00

PERÍODO	VALOR DO IMPPOSTO	VALOR DA BASE DE CALCULO		VALOR DO IMPPOSTO	VALOR DA BASE DE CALCULO
		%	R\$		
ABR/18	151	100	R\$ 151	17,4	R\$ 1.74
MAIO/18	132	100	R\$ 132	17,4	R\$ 17,4
JUN/18	128	100	R\$ 128	17,4	R\$ 17,4
JUL/18	94	100	R\$ 94	17,4	R\$ 17,4
AGO/18	116	100	R\$ 116	17,4	R\$ 17,4
SETE/18	129	100	R\$ 129	17,4	R\$ 17,4
OUT/18	132	100	R\$ 132	17,4	R\$ 17,4
NOV/18	151	100	R\$ 151	17,4	R\$ 17,4
DEZ/18	132	100	R\$ 132	17,4	R\$ 17,4
TOTAL	1.369			224	R\$ 224
					0,4%

Testemunha

01 - Sintomas: *Wilmington Da Costa Filho*
*02 - Ambiente: *Estreitinho da Costa**

Folha 2/2





PEDIIDO DO SEGURO DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
<input type="checkbox"/> Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE </div>	
Nome do segurado ou ASI: <input type="text"/> Nome completo da vítima: <input type="text"/> Nome completo da vítima: REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - BIRUCULAR SUSEP Nº 445/2012 Nome completo: <input type="text"/> Nome completo da vítima: <input type="text"/> DADOS CADASTRAIS Profissão: <input type="text"/> Endereço: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> CPF: <input type="checkbox"/> C 247-094-222 Bairro: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/> Estado: <input type="text"/> Complemento: <input type="text"/> Email: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/> Estado: <input type="text"/> Complemento: <input type="text"/> Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEKAR CÓPIA).	
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASINALE UMA OPÇÃO DE CONTA <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos habilitados. Avisar na opção) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <input type="checkbox"/> CONTA DE INVESTIMENTO (Todos os bancos) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Agência: <input type="text"/> CCC:10-72-4 <input type="checkbox"/> Agência: <input type="text"/> CCC:10-72-4 <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Conta: <input type="text"/> Agência: <input type="text"/> Conta: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Agência: <input type="text"/> Agência: <input type="text"/> Agência: <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <small>(Informar o digito se existir)</small> <small>(Informar o digito se existir)</small> <small>(Informar o digito se existir)</small> </div>	
DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Autorizo a Seguradora Iher a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que o titular direito, reconhecendo e dando desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Iher para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 9º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Seu/da vítima deu/ram comprovatóri(a), Informar o nome completo: Data do óbito da vítima: <input type="text"/> DADOS CADASTRAIS Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/> Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Víncos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se a vítima deu/ram comprovatóri(a), Informar o nome: Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não NOTA DE INFORMAÇÕES PESSOAIS Este cliente de uso da Seguradora Iher pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem para provarem que o beneficiário falecido era proprietário de ressarcimento ou valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
TESTEMUNHAS 1º Nome: <input type="text"/> Nome: <input type="text"/> Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> Assinatura: <input type="text"/> Local e Data: <input type="text"/> Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	
2º Nome: <input type="text"/> Nome: <input type="text"/> Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> Assinatura: <input type="text"/> Assinatura do Procurador (se houver): <input type="text"/> Assinatura do Representante Legal (se houver): <input type="text"/> (*) Assinatura de quem assina A ROGO <input type="text"/> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <input type="text"/>	



JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUÁRIO COMPLETO

Eu, Abel Icaro Moura Maia,
portador do RG nº 1.672.810, CPF 023.241.894-24,
residente e domiciliado (a) Silveira Martins,
Bairro Silveira Martins, Município Bacabal,
a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois davidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERÍCIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo médico.

Local: Bacabal/MA Data: 28/01/2019

Atenciosamente

Abel Icaro Moura Maia

A
SEGURADORA: LIDER
A/C Cristina Grasso
Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ — Vengo
comunicar através desta, que sofri um acidente de
transito em consequencia do acidente fiquei com
sequelas, Solicito que seja marcada a pericia medica
para confirmar minha sequela. Afirmo ainda para
os devidos fins, que não posso mais
nenhuma documentação médica, além da
acostada ao pleito administrativo em
referência, pertinente ao acidente no qual
fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

Abel Icaro Moura Maia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Abel Maia, do Rio

RG nº 1.672.510, data de expedição 14/02/1955 Órgão SSP/RN,

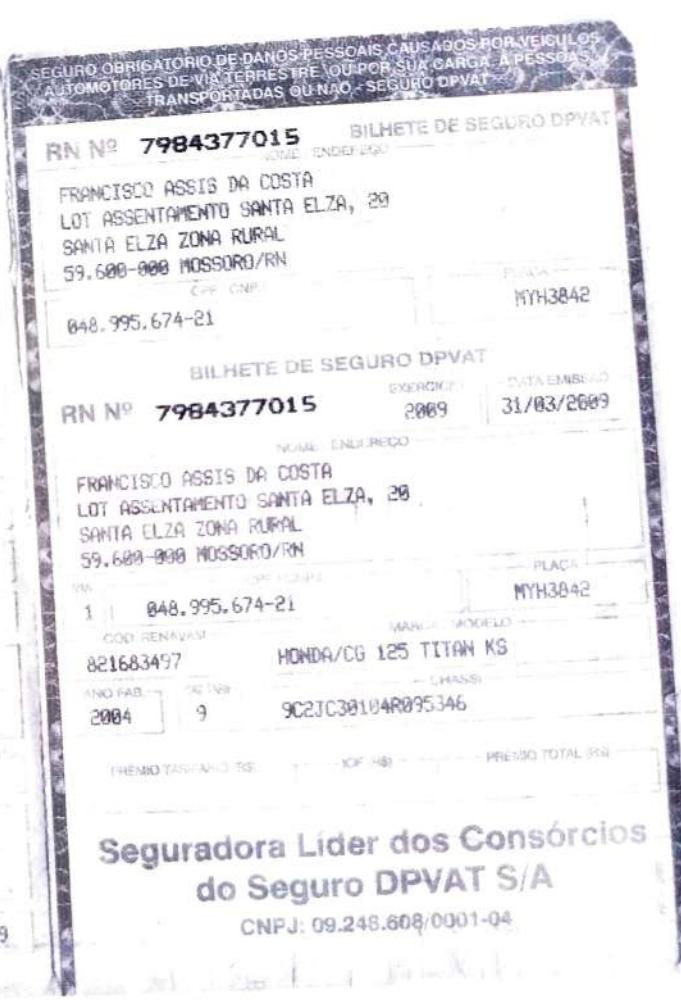
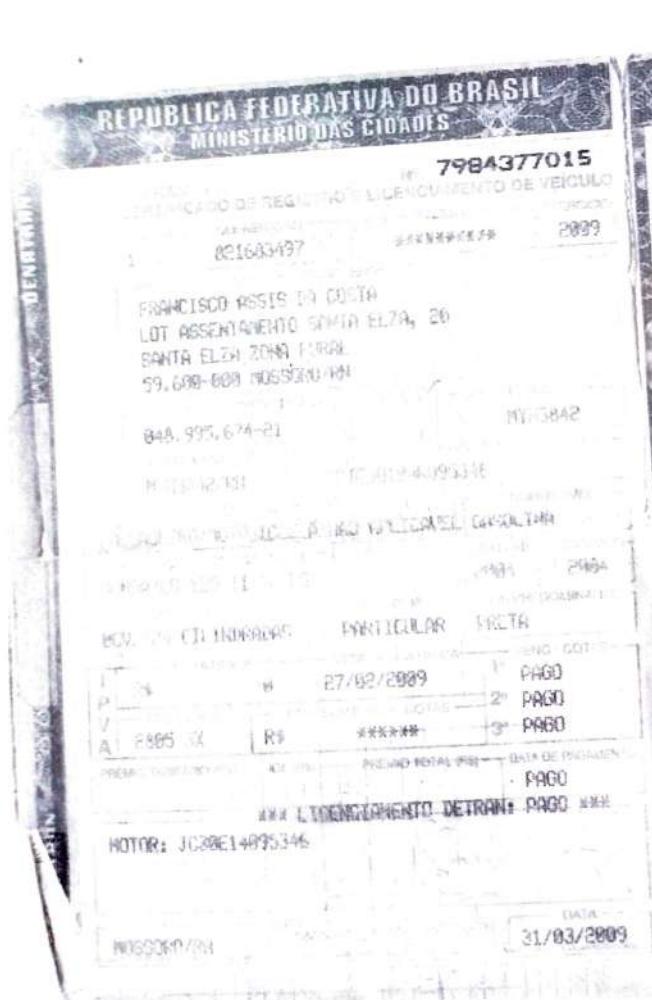
CPF nº 007.241.094-22, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar o endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Veredinha</u>
Número	<u>565N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Escoa Curral</u>
Cidade	<u>Batá</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59695-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 9.8773-3770 / (84) 3316-5699</u>
E-mail	<u>abelmaiaach@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 03/02/2019 / RN, 22/01/2019

Assinatura do Declarante: Abel Maia





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190244485

Vítima: PEDRO AILSON DA SILVA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO AILSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14145383

Pag. 01243/01244 - carta_01 - INVALIDEZ





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0809491-13.2019.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 11 de junho de 2019.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO N° 0809491-13.2019.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 11 de junho de 2019.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito