



Número: **0805151-04.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/01/2018**

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	
MARIA DAGUIA MANGUEIRA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12242516	25/01/2018 15:29	Petição Inicial	Petição Inicial
12242532	25/01/2018 15:29	adm maria daguia mangueira	Documento de Comprovação
12242543	25/01/2018 15:29	adm maria daguia mangueira2	Documento de Comprovação
12242547	25/01/2018 15:29	prot adm maria daguia mangueira	Documento de Comprovação
17740769	12/11/2018 18:01	Despacho	Despacho
24550253	18/09/2019 17:44	Expediente	Expediente

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

MARIA DAGUIA MNGUEIRA, inscrito no CPF sob o nº 288.279.454-15, residente e domiciliado na Rua Balbino Mendonça, 220, São Bento, CEP: 58305-310, Bayeux – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **17.10.2016**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%



(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilato mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 15 de janeiro de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.







Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria Dâquia Mangueira

PORTADOR(A) DO RG Nº 522363 EXPEDIDO POR SSP/PP EM 17/08/09

(CPF) 298279454-15 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDENCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4020-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 147858-3

PARA CREDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

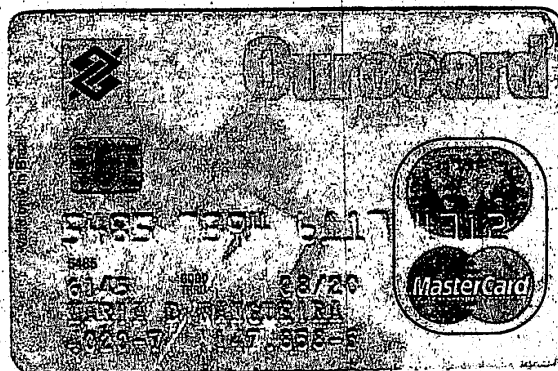
1. Pessoa 15 de Setembro de 2017 e Maria Dâquia Mangueira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





147.858-3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Dárcia Mangueira

RG nº 522363, data de expedição 17/08/09, Órgão SSP/PB

CPF nº 28827945415 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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>Rua Balkino Mendonça</u>
Número	<u>Nº 220</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>São Bento</u>
Cidade	<u>Bayeux</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58305310</u>
Telefone de Contato	<u>98622 2113</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 15-09-2017

Assinatura do Declarante: Maria Dárcia Mangueira



APOLONIO BATISTA DA SILVA
RUA BALBINO MENDONÇA, 220 - SÃO BENTO
BAYEUX / PB CEP: 68305310 (AG: 1)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 1 - 8 - 81 - 7780 Referência: Mai / 2017
Nº medidor: 00000823831 Emissão: 04/05/2017

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.036.193/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.027.177
Código para Débito Automático: 00002802182

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Mai / 2017

Apresentação

04/05/2017

Data prevista da
próxima leitura

02/06/2017

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.037 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

CPF/ CNPJ/ RANI

4692441480
Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
03/04/17	22118	04/05/17	22268	1

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	177	0,40088	70,87
Adic. B. Vermelha			5,31
ICMS			30,74
PIS			1,22
COFINS			5,83
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			8,16
JUROS DE MORA 03/2017			1,88
MULTA 03/2017			2,41

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	182
Mai/17	178
Fev/17	185
Jan/17	182
Dez/16	183
Nov/16	158
Out/16	140
Set/16	122
Ago/16	131
Jul/16	142
Jun/16	144
Mai/16	151

Média dos últimos meses
155

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	113,87	27,00	30,74
PIS	113,87	1,0767	1,22
COFINS	113,87	4,8449	5,83

7af5.2b29.8cef.b9bc.e73d.a13f.1404.2a6f.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Ilha do Bapo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	4,85	2,28	NOMINAL	220	27,48	21,80
DIC TRIMESTRAL	9,91				31,04	28,14
DIC ANUAL	19,82				1,88	1,48
FIC MENSAL	3,23	1,00	CONTRATADA	202	9,80	7,79
FIC TRIMESTRAL	8,47		LIMITE INFERIOR	231	50,84	38,99
FIC ANUAL	12,99	2,28	LIMITE SUPERIOR		0,00	0,00
DMIC	2,77					
DICRI	12,22					
Total					127,12	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2017) R\$38,27

PARAIBA

Data: 4 9 81 7780



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01660.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01660.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:03 horas do dia 13 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maria Daguia Manguiera**, CPF nº 288.279.454-15, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Funcionária Federal, filho(a) de Joaquina de Sousa Manguiera e Joao de Sousa Manguiera, natural de Santana de Manguiera/PB, nascido(a) em 01/09/1953 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Balbino Mendonça, Nº 220, complemento casa, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Delegacia de Policia, na cidade de Bayeux/PB, telefone (s) para contato (83) 98622-2113.

Dados do(s) Fatos:

Local: Binário da Cidade de Bayeux, Outros, Bayeux/PB, bairro São Bento; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/10/16 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE CRM PB 3323, DATADO DE 29/08/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.



CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação



MARIA DAGUIA MANGUEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 01660.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marica Dáguia Mangueira, portador da carteira de identidade nº 522 363 e inscrito no CPF/MP sob o nº 288.279.454-15, residente e domiciliado na Rua Balduino Mendonça n.º 220 s. Ponto, Cidade Bayeux, Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(+) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

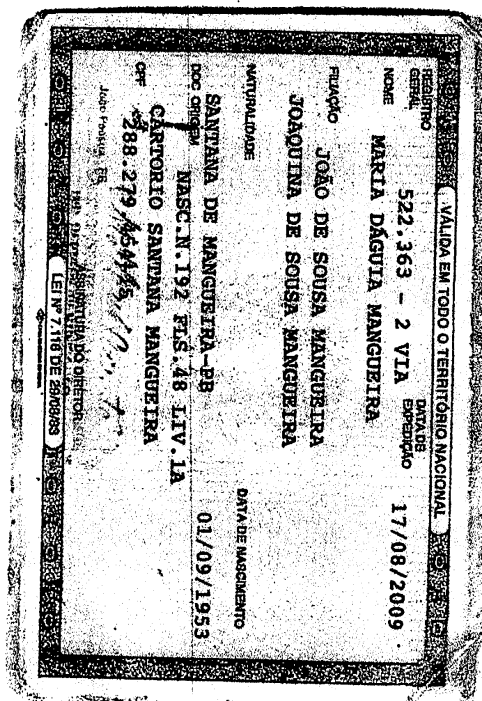
Marica Dáguia Mangueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 de Setembro de 2017

Local e data







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Maria da Guia Mangueira
DATA DE NASCIMENTO	01/09/53
NOME DA MÃE	Joaquina de Siousa Mangueira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	98156
BOLETIM DE ENTRADA N.º	955157
DATA DO ATENDIMENTO	17/10/16
HORA DO ATENDIMENTO	22:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura trocântica de fêmur direito
CID 10	S72.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com quadro de dor e incapacidade funcional em quadril direito, sm outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, quadril

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura trocântica de fêmur D.

TRATAMENTO:

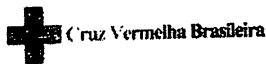
Tratamento cirúrgico de fratura trocântica de fêmur direito

ALTA HOSPITALAR:	31/10/16
DATA DA EMISSÃO:	29/08/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 955157

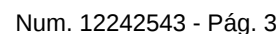


Identificação do paciente			
ID 1095057	Nome MARIA DAGUIA MANGUEIRA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 01/09/1953	Idade 63 anos 2 meses 2 dias	Estado civil	Religião
Mãe JOAQUINA DE SOUSA MANGUEIRA		Pai JOAO DE SOUSA MANGUEIRA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986222113	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 522363	Nº Cns	
Local de procedência BAYEUX		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTANA DE MANGUEIRA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58305310	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro BALBINO MENDONÇA
Número 220	Complemento	Bairro SÃO BENTO	
Admissão			
Data e Hora 17/10/2016 22:24:27	Número da pulseira 59863815	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			Tempo 03min 29seg

Imprimir



89833815
DATA DE QUANTIA MANUEIRA
DT. NASC.: 01/09/1983
NOME: JOAQUIM DE SOUSA
N. 220 - SAO BENTO
MAYUX
FONE: ()
CELULAR: (63) 898222113
DADO: 63
T. ENTRADA:

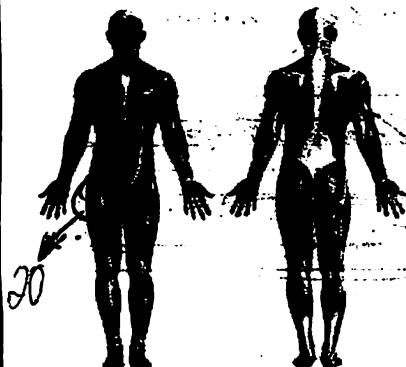


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Inguirimento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinosa |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empolamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Parálise |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| ☐ Radiografias | ☐ Lavado peritoneal |
| ☐ Ultrassonografia (FAST) | ☐ Gasometria arterial |
| ☐ Tomografia computadorizada | ☐ Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>Intubação</i>		<i>[Assinatura]</i>
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9	<i>[Assinatura]</i>		<i>[Assinatura]</i>
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de: _____ do dia _____ de _____
 Solicito parecer da: _____ do dia _____ de _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____
 DA: _____
 SAÍDA: _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☒ Internado (setor) *Outpatient*
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Assistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

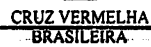
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

Dr. Tibirica Medeiros
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PB 7296

F(NG).CC.001-1





EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUARI

NOME DO PACIENTE.

Maria Baguis

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
27/10/16	13:41	Psicólogo Paciente no momento consciente, orientada, emocionalmente instável, humor deprimido, poliquetico, alegando estar com dores. Realizado apoio psicológico. <i>Luana Damasceno Mendes</i> Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/9249

Luana Damasceno Mendes
Psicóloga Clínica Hospitalar
Especialista em Saúde Mental
CRP 13/3249





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEC 5 HZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEC 5 HZ

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Daqueia Marmoreira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

955152

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

B. Buam - Agulha Bloqueio Pleuro 150(1)
CX DHS / DCS TM Cirúrgica
Placa DHS 135° 4 Furo(1)
Paraf. Comprimos (1)
Paraf. Adesivos 805 mm(1)
Paraf. Corticais 32(1) 35(1) 4(1)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. [Assinatura] 9456

() CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: M. da Costa Maciel BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: OBSTETRIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fx miomectomia de fêmur (P)
Cirurgião: Dr. Jefferson 1º Assistente: Dr. Milton
2º Assistente: Dr. Marcos (R) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Lúcio Elias
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pre-operatório	Clínica	Exatidão
<u>(P) Fx miomectomia fêmur</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>(P) M. Uterino de fêmur com lúmen 135º</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Mathias Mozer
CRM: 15465

João Pessoa, 29 / 10 / 16.

F(NG).ASCIR.009-I



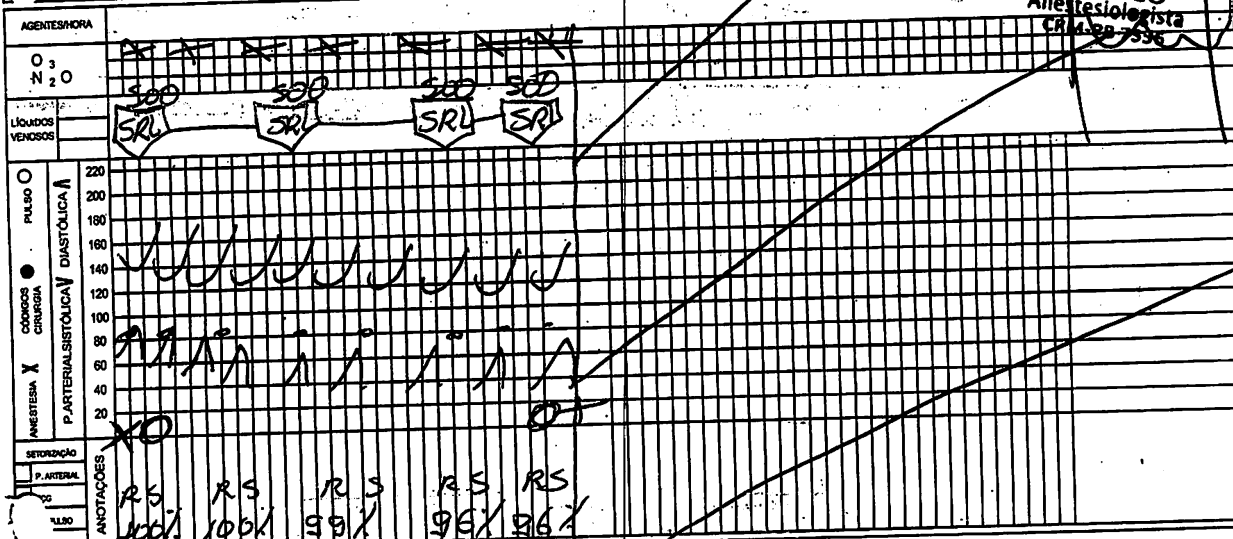
FICHA DE ANESTESIA

HEETSHL

DATA: 23/10/2016

PRONTUÁRIO: 956157

PACIENTE: Maria da Guia Moniz		SEXO: F	COR:	IDADE: 63A
PRESSÃO ARTERIAL: 100x60	PULSO: 80	RESPIRAÇÃO: 16	TEMPERATURA:	PESO:
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: UPM.				
AP. RESPIRATÓRIO: MV+ em AHT MIRA		AP. CIRCULATÓRIO: RCR em AT CI BCNF		
AP. DIGESTIVO: Jejum		ESTADO MENTAL: LOTE		DROGAS EM USO:
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA:		ESTADO FÍSICO (ASA): II (HAS)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura transcondilária de fêmur D.				
CIRURGIA REALIZADA: Típ de Fratura transcondilária de fêmur D.				
CIRURGIÃO: Dr. Eteferzon				
AUXILIARES: Dr. Milton				
INÍCIO DA ANESTESIA: 07:30		TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:00		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 02:30
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE CH.		VALORES RS
ANESTESISTA: Dr. Luiz Priore + Dr. G. G. (R)				



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOO. PLEXO ☒ BLOO. NERVOS ☐ OUTROS	
TÉCNICA: Paciente monitorizada e em DDT → A+A torácica	
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	1. Lidocaina 2mg
NAO2	2. Cefazolin 0.2g
SANGUE	3. Dexmedetomidina 1mg
FRIGER	4. Naloxona 0.8mg
TOTAL	5. Dipriza 0.2g
DESTINO DO PACIENTE	6. Naloxona 0.8mg
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7. Lidocaina 2mg
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8. Naloxona 0.8mg
☒ OUTROS: URP A	9. Fentanyl 0.1mg
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Bloqueio em região inguinal - Berneiro, no IN Femoral pl via inguinal e/ou axilar do 2º e 3º. Prex e agulha de plexo A+A torácica de 9.6. A + A torácica de 22.0. A + A torácica de 22.6. PUNÇÃO Lombar mediana L2 - L3 clagueira 22.6, LCR cegado, injeção de DSI intratecal.	

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1. Paciente em ODA, 503 anestesia, em mesa de Mayo.	
2. Anti-choque + aspiração	
3. Aspiração de líquido branco	
Incisão:	
1. Via lateral da coxa	
2. Divisão em duas partes ósseas	
Achados:	
1. /	
Conduta:	
1. Redução / colocação em mesa de Mayo	
2. Fixação com placa DRG 135° e fios e pontos contínuos	
3. Sutura em duas partes	
4. Curativos usuais	
5. Deixar curativo	
Fechamento:	
Observação:	

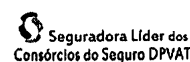
Médico/CRM:

Dr. ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA
CRM 9455

João Pessoa, 29 / 10 / 16

F(NG).ASCIR.009-1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417387/17
 Vítima: MARIA DAGUIA MANGUEIRA
 CPF: 288.279.454-15 CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/10/2016
 Titular do CPF: MARIA DAGUIA MANGUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
 Declaração de Inexistência de IML
 Documentação médico-hospitalar
 Documentos de identificação

MARIA DAGUIA MANGUEIRA : 288.279.454-15

Autorização de pagamento
 Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/10/2017
 Nome: MARIA DAGUIA MANGUEIRA
 CPF/CNPJ: 288.279.454-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2017
 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
 CPF: 423.820.764-53

MARIA DAGUIA MANGUEIRA

Sandra Maria Accioly Pedrosa

F



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: MARIA DÁGUIA MONGEIRA
Qualificação: Marido
CPI/MF: 288.279.454-15 RG: 522.363.883/PB
Endereço: Rua Balbino Mendonça nº 220
Aço Bunto Bayeux CEP. 58305310

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 15 de Setembro de 2017.

Maria Dágua Mongeira
Outorgante



Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito



ATO ORDENATÓRIO:

PELO PRESENTE ATO ORDENATÓRIO, INTIMO A PARTE AUTORA, POR SEU ADVOGADO,
PARA OS TERMOS DO ID Nº 17740769.

JOÃO PESSOA, 18 DE SETEMBRO DE 2019.

BEL. ANTONIO REGINALDO PATRIOTA

MAT. 469.199-7

