

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

NOME: VALDEPO ALVES DANTAS

QUALIFICAÇÃO: BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR

ENDEREÇO: AV: 02 de julho, 210, PEDRAS DE FOGO

CPF/MF: 107.896.134-41

RG: 4856336

OUTORGADO:

CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB 14.138, com endereço profissional situado na Rua Treze de Maio, nº 729, centro, João Pessoa – PB. Tel 988447962

PODERES:

Para o foro em geral com a cláusula *ad judicium*, para propor contra quem de direito as ações competentes, defender nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais, acompanhando em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, até final decisão, em quaisquer ações que o outorgante figure como autor, réu, assistente ou oponente, usando os poderes podendo firmar acordos ou compromissos e TRANSIGIR, bem como receber CITAÇÃO, NOTIFICAÇÃO E INTIMAÇÕES, podendo praticar também atos extrajudiciais de representação e defesa, em especial com poderes para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, reconhecer a procedência do pedido, renunciar o direito ao qual se funda a ação, receber e dar quitação, abrir conta em banco, arrematar, adjudicar, renunciar a direitos, permutar, requerer e receber alvará judicial, endossar cheques, gravar bens, prestar contas, agindo em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por firme, certo e valioso. Pedir os benefícios da Lei Nº 1060 de 1950 (se necessário).

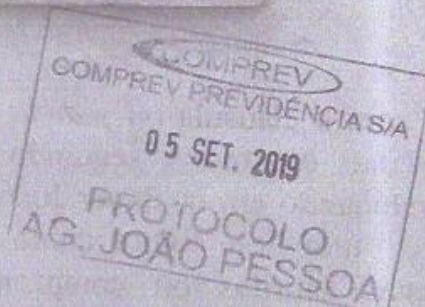
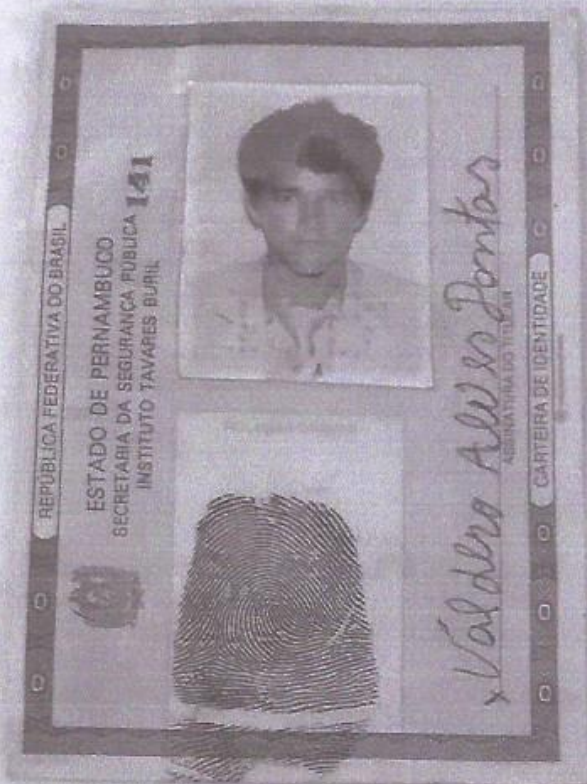
Dispensado o reconhecimento de firma, em virtude dos termos do art. 1º da Lei nº. 8.952/94.

João Pessoa, 23 de julho de 2019

Valdepo Alves Dantas

OUTORGANTE





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4856336 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/08/1992

NOME VALDERO ALVES DANTAS

FILIAÇÃO Manoel Henrique Dantas e Arlinda Alves Dantas

NATURALIDADE Goiana-PB DATA DE NASCIMENTO 03/02/1973

DOC ORIGEM Cert. Nasc. Nº 12.507 F.183-V

L.18 Cart. de Pedras de Fogo-PB.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição
107.896.134-41

Nome
VALDERO ALVES DANTAS

Nascimento





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 0663/2019

Aos VINTE E SETE dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o), aí, por volta 10h:25min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALDERO ALVES DANTAS, Identidade nº 4.856.336-SDS/PE, CPF nº 107.896.134-41, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: trabalhador rural, filho(a) de Manoel Henrique Dantas e de Arlinda Alves Dantas, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 03/02/1973 (46 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Av. Dois de Julho, 220, Centro, tendo como ponto de referência: xxxxxxxx, na cidade de Pedras de Fogo/PB, fone(s) para contato: NÃO POSSUI.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 10 de FEVEREIRO de 2019;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: Av. Dois de Julho, Em frente ao "LAZER", Centro, Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante que no momento em que atravessava a rua, foi atropelado por uma motocicleta que se evadiu do local sem prestar socorro, não tendo a identificação do veículo até a presente data; Que foi socorrido para o Hospital de Pedras de Fogo, de onde foi transferido por uma equipe do SAMU para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Valdero Alves Dantas

VALDERO ALVES DANTAS

Comunicante

[Assinatura]

Escrivã(o)/Agente

Matricula nº 154.876-0



DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO – Rua Dr. Manoel Alves, 191, Centro, Pedras de Fogo/PB. CEP: 58.328-000
FONE: (81) 3635-1304





SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU – 192 (USB 61), de Pedras de Fogo - PB, prestou atendimento pré-hospitalar a **VALDERO ALVES DANTAS**, vitima de atropelamento por moto na rua da baixinha, centro, na cidade de Pedras de Fogo, no dia **10/02/2019**, onde foram realizados todos os procedimentos de urgência pela equipe de plantão, conduzindo o mesmo para o Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa - PB, sob o protocolo de regulação nº **2347797**.

Pedras de Fogo, 20 de fevereiro de 2019.


Adjanio Morais de Oliveira
Coordenador SAMU PF
ADJANIO MORAIS DE OLIVEIRA
ENFERMEIRO
COREN PE 382.141
COORDENADOR



INIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: **HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ DE SOUZA MACIEL**

Cód. do CNES: 2363682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

Endereço: **RUA PROFESSOR GETÚLIO CÉSAR R. GUEDES, 12 - CENTRO**

Município: **PEDRAS DE FOGO**

Estado: **PARAÍBA**

UF: **PB**

PACIENTE:

Nome: **Valdeir Alves Santos**

Sexo: **M**

Idade: **46**

Profissão:

Documento:

Endereço: **Av. 02 de julho - 210**

Município:

Estado:

UF:

Cód. IBGE Município:

CNS:

Data de Nascimento: **03.02.73**

Data de Atendimento: **10.02.19**

Cartão SUS:

PSF:

CS:

Hora: **11:10**

RAÇA/COR:

☐ 1. BRANCA

☐ 2. NEGRA

☒ 3. PARDA

☐ 4. AMARELA

☐ 5. INDIGENA

☐ 6. SEM INFORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Peso:

Situação / Queixa: **Int. de algopela auto (sic) trazida pelo SAMU, encaminhada para Exat. SAMU - conclusão do Ortopedista. Suspeita fratura de escápula.**

Breve História: Comorbidades / Hábitos / Costumes:

☐ Has

☐ Insuf. Renal

☐ AVC

☐ Hepatopatia

☐ Cardiopatia

☐ Dpoc

☐ Transtorno Mental

☐ Alcoolismo

☐ Tabagismo

☐ Drogas

☐ Neoplasia

☐ Epilepsia

☐ Outros:

Alergia:

Medicamento em Uso:

SVV:

A: **130 x 80**

P: **89**

FR:

IGT:

Sat. O₂ (%):

Grau de Dor:

☒ Dor Leve

☐ Dor Moderada

Classificação de Risco

☐ Vermelho

☒ Amarela

☐ Verde

☐ Azul



Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

332141



RESULTADOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

☐ 1- ELETIVO ☐ 2- URGÊNCIA ☐ 3- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 4- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 5- OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO:

CID - 10

☐ PRESCRIÇÃO ☐ APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO

☐ ÓBITO ☐ OUTROS

1. 

2.

3. | | | | |

4. | | | | | | | | |

CNS:

CBO:

CRM:

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável:

Polegar:

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 204624 Atd: Nao Regul
Data: 10/02/2019
Hora: 11:58:37
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: VALDERO ALVES DANTAS

Nº de vezes atendido: 1

Am. prontuario: 2015.02.001170

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4856336 Fone: 3133960556

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/02/1973 Id: 46 ano(s)

End.: AVENIDA 02 DE JULHO, 210

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: ARLINDA ALVES DANTAS

Pai: MANOEL HENRIQUE DANTAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SOGRO - JOSE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

2-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATEND

Grupo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

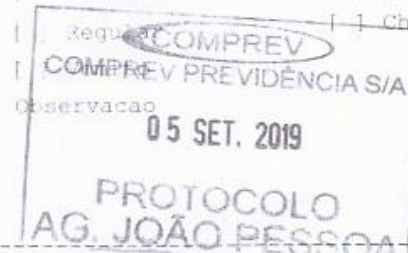
[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Chocado

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Apresenta-se bem!

Rx Torax 2x 10 MB

Diagnostico

Lesão decorrente de queda com M.I. E

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucoes

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido Des stencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Conto: [] Atestado [] SVO [] IME

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:		Data da Admissão: ____/____/____	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:	Data de Nascimento ____/____/____		
QPD:			
HDA: <i>Doença e cirurgia (Alzheimer)</i>			
<i>Doença de Alzheimer</i>			
<i>Cl. 29.00</i>			
Medicações em uso:			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso ____ Kg em ____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: ____			
Pele: ____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: ____ Visão: ____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema ____ Outros: ____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: ____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade ____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ []HTF
[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa
[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____
[]Alcoolismo _____
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Desordem de conduta				T13.1	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
0 meses					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Sutura de 4 pontos, umbilico					
Lacerante em fêmur e tórax				T13	
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:


Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307833/19

Vítima: VALDERO ALVES DANTAS

CPF: 107.896.134-41

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDERO ALVES DANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

VALDERO ALVES DANTAS : 107.896.134-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190518059

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: VALDERO ALVES DANTAS
CPF: 107.896.134-41

VALDERO ALVES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0859295-88.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos.

1 -Compulsando aos autos, verifico que, apesar de ter sido juntado aos autos o requerimento administrativo formulado pela autora junto à seguradora, este está datado de 05/09/2019, ou seja, apenas 20 (vinte) dias antes da propositura da ação.

Saliente-se que, conforme informação constante do Protocolo de Entrega de Documentos (ID24741381), o prazo para pagamento da indenização é de 30 (trinta) dias, prazo este que ainda não se findou.

Por outro lado, o autor afirma, na inicial, que recebeu “um valor muito menor que a debilidade sofrida”, porém não faz prova alguma neste sentido.

Assim, **intime-se a parte autora para trazer aos autos prova do pagamento recebido na via administrativa, sob pena de não restar configurado o interesse processual, em 15 (quinze) dias.**

2 -Inferre-se dos autos que a parte promovente, por seu advogado, pugnou pela gratuidade da justiça, declarando-se pobre na forma da lei.

Analisando a inicial, verifica-se que o autor se declara agricultor, porém deixa de juntar aos autos qualquer documento que comprove sua situação de hipossuficiência, sequer justificando-a.

As normas que disciplinam a gratuidade judiciária foram criadas para amparar os desvalidos e excluídos da sociedade, que não conseguem manter a própria subsistência e da sua família.

Há que ser concedido tal benefício a pessoas físicas ou jurídicas reconhecidamente incapazes de arcar com as despesas processuais. Se assim não fosse, haveria uma deturpação do real sentido da norma, que é o de garantir o acesso ao Poder Judiciário aos menos favorecidos.



O art. 99, §3º do CPC, estabelece a presunção de veracidade da alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural. Destaque-se que, sendo relativa a presunção de miserabilidade, pode o magistrado questionar *ex officio* a alegação, caso encontre elementos que infirmem a hipossuficiência do requerente, a fim de que o benefício não seja utilizado por aqueles que não se enquadram nas hipóteses legais.

Importante frisar, ainda, que o autor deu à causa o valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que deverá ser considerado para fins de cálculo das despesas processuais.

O CPC/2015 inovou no ordenamento jurídico quando, em seu art. 98, §§ 5º e 6º, previu a possibilidade de redução ou parcelamento das custas processuais, solução intermediária entre a concessão ou não do benefício. Tal regra foi recepcionada por este Tribunal através da Portaria Conjunta nº 02/2018.

Diante de tudo o que foi exposto, **intime-se** a parte autora para, no mesmo prazo, comprovar nos autos sua situação de miserabilidade que justifique a concessão da Justiça Gratuita, podendo se valer de contracheque/holerite, extratos de conta bancária e/ou cartão de crédito, declaração de imposto de renda dos últimos 02 (dois) anos, bem como toda e qualquer documentação que desejar, sob pena de indeferimento do benefício.

Poderá a parte autora, ainda, no mesmo prazo, requerer a redução do valor das custas e/ou seu parcelamento, nos termos explanados acima.

Deverá a parte, por fim, juntar aos autos guia de custas, nos termos da Portaria Conjunta nº 02/2018.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 26 de setembro de 2019.

Juiz(a) de Direito





**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB**

Processo nº 0859295-88.2019.8.15.2001

VALDERO ALVES DANTAS, já qualificado nos autos do processo, vem a
Vossa Excelência, com fulcro no Art. 329 do CPC, apresentar

ADITAMENTO À INICIAL

pelos motivos a seguir expostos.

DO CABIMENTO DO PRESENTE ADITAMENTO

Trata-se de ação proposta objetivando receber indenização DPVAT, ocorre que logo após a propositura da ação, o Autor tomou ciência de que pediu a diferença, como se estivesse recebido algum valor motivando a alteração para não pedido de diferença e sim o valor total da indenização.

O aditamento tem amparo no Código de Processo Civil no Art. 329, nos seguintes termos:

Art. 329. O autor poderá:

- I- até a citação, aditar ou alterar o pedido ou a causa de pedir, independentemente de consentimento do réu;
- II- até o saneamento do processo, aditar ou alterar o pedido e a causa de pedir, com consentimento do réu, assegurado o contraditório mediante a possibilidade de manifestação deste no prazo mínimo de 15 (quinze) dias,



facultado o requerimento de prova suplementar.

Assim, considerando que _____ houve a citação do réu, apresenta abaixo as alterações necessárias à peça inicial para seu devido seguimento.

DA ALTERAÇÃO DA CAUSA DE PEDIR

A causa de pedir é receber o valor total da indenização e não apenas a diferença.

REQUERIMENTOS

Posto isso, REQUER o recebimento do presente aditamento para fins de total provimento, com a alteração do pedido total da indenização, pela total negativa da seguradora diante a debilidade do autor , conforme acima disposto.

Termos em que,
Pede deferimento.

João Pessoa, data PJE.

Clarissa Roberta Dias Cardoso
OAB/PB





**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB**

Processo nº 0859295-88.2019.8.15.2001

VALDERO ALVES DANTAS, já qualificado nos autos do processo, vem a
Vossa Excelência:

ATENDER A DESPACHO

1.

Juntar aos autos FOLHA RESUMO DE CADASTRO ÚNICO – V7, onde tem demonstrada a renda per capita da família, R\$ 32,00 (trinta e dois reais) por pessoas. Provando de maneira incontroversa a extrema pobreza do autor e sua família, espero que isso ajude na celeridade do processo, por que para pessoas miseráveis qualquer valor é uma fortuna.

2.

Juntar aos autos carta da seguradora líder negando o pedido de indenização.

REQUERIMENTOS

Posto isso, REQUER a juntada dos documentos em anexo aos autos, o deferimento da justiça gratuita e o devido prosseguimento da ação.

Termos em que,
Pede deferimento.

João Pessoa, data PJE.

Clarissa Roberta Dias Cardoso
OAB/PB





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190518059

Vítima: VALDERO ALVES DANTAS

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDERO ALVES DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 10/02/2019, emitida pelo Dr. ANTONIO VITURIANO DE ABREU, CRM nº 2279 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0043300634 - Carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 14767986



FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7**I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA**

1.01 Código Familiar: 016526514-03 1.10 Data da Entrevista: 07/10/2019
RENDIA PER CAPITA DA FAMÍLIA: 32,00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: CENTRO
1.12 - Tipo: AVENIDA 1.13 - Título:
1.14 - Nome: 2 DE JULHO
1.15 - Número: 210 1.16 - Complemento do Número: QUARTOS
1.17 - Complemento Adicional:
1.18 - Cep: 58.328-000 1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR			
4.02 - Nome Completo:	JEANE MARIA DE BRITO		
4.03 - NIS:	16292808026	4.06 - Data de Nascimento:	19/06/1983
4.07 - Parentesco com Responsável	CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)		
4.02 - Nome Completo:	VALDERO ALVES DANTAS		
4.03 - NIS:	12511458537	4.06 - Data de Nascimento:	03/02/1973
4.07 - Parentesco com Responsável	FILHO(A)		
4.02 - Nome Completo:	FELIPE BRITO ALVES DANTAS		
4.03 - NIS:	16292551424	4.06 - Data de Nascimento:	09/04/2001
4.07 - Parentesco com Responsável	OUTRO PARENTE		
4.02 - Nome Completo:	MARIA LAURA MONTEIRO DE SOUZA		
4.03 - NIS:	23809934085	4.06 - Data de Nascimento:	30/09/2015

Pedram de Foz 07.10.19
Local e Data

Jeane Maria de Brito
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Suzanna Patrícia de Silva
Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.

(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0859295-88.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A parte autora busca no Judiciário a revisão/modificação de ato praticado no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo. Ademais, a experiência prática demonstra que as seguradoras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito

