



Número: **0811011-43.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **26/11/2019**

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	
ORRANEIS NUNES PADILHAS (AUTOR)		ERICK SOARES FERNADES GALVAO (ADVOGADO) JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26543 477	26/11/2019 16:46	Petição Inicial	Petição Inicial
26543 485	26/11/2019 16:46	INICIAL - ORRANEIS	Outros Documentos
26543 494	26/11/2019 16:46	comp residencia	Documento de Comprovação
26543 497	26/11/2019 16:46	BOLETIM DE OCORRENCIA - ORRANEIS	Documento de Comprovação
26543 498	26/11/2019 16:46	LAUDO MÉDICO	Documento de Comprovação
26543 754	26/11/2019 16:46	PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS - ORRANEIS	Documento de Comprovação
26543 758	26/11/2019 16:46	DOCUMENTO DO VEÍCULO	Documento de Comprovação
26544 061	26/11/2019 16:46	DOCUMENTO PESSOAL - ORRANEIS	Documento de Identificação
26544 063	26/11/2019 16:46	PROCURAÇÃO	Procuração
26544 071	26/11/2019 16:46	GuiaCustas-ORRANEIS NUNES PADILHAS	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
26544 072	26/11/2019 16:46	COMUNICADO DE NEGATIVA TÉCNICA - ORRANEIS	Documento de Comprovação
26544 075	26/11/2019 16:46	PEDIDO DO SEGURO DPVAT - ORRANEIS NUNES	Documento de Comprovação
26544 076	26/11/2019 16:46	AVISO DE SINISTRO	Documento de Comprovação
26620 410	28/11/2019 13:46	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
26620 418	28/11/2019 13:46	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
27826 840	30/01/2020 11:50	Petição	Petição
27826 844	30/01/2020 11:50	PETIÇÃO -dilatação	Informações Prestadas
28141 796	10/02/2020 18:08	Decisão	Decisão
28176 969	11/02/2020 14:59	Expediente	Expediente

EM ANEXO





GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____ VARA REGIONAL DE MANGABEIRA COMARCA DA CAPITAL - PB

ORRANEIS NUNES PADILHAS, brasileiro, casado, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 1489920- SSP/PE, inscrito no CPF:161.889.694-68, residente e domiciliado na rua Adalberto Florentino de Castro, 88, Valentina, João Pessoa-PB, CEP: 58.084-070, por seus advogados que esta subscrevem através de instrumento de mandato em anexo, ambos com endereço a AV. Maximiano de Figueiredo, 154, centro, João Pessoa-PB, onde recebem intimações de estilo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, Propor a presente:

AÇÃO DE INDENIZAÇÃO-SEGURO DPVAT

Pelo rito comum ordinário, em face da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 61.074.175/0001-38, com sede na Av. Pres. Epitacio Pessoa, 723, Bairro dos Estados, CEP 58.030-000, companhia de seguros participante do consórcio de seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, centro, Rio De Janeiro - RJ, CEP: 20031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a aduzir:



GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

Av. Maximiano de Figueiredo, 154, Empresarial Oliver Von Sohsten, sl 106,
Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470



I - PRELIMINARMENTE

I.1 - Da Justiça Gratuita

O autor requer sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita, por não poder arcar com os ônus financeiros decorrentes do presente processo, sem que, com isso, sacrifique o seu sustento e o de sua família, conforme o disposto na lei 1.060/50, art.98 do CPC e no art. 5º, inc. LXXIV da Constituição Federal/88, conforme Declaração de Pobreza e extrato bancário anexos.

I.2 - Das Intimações

Inicialmente, **REQUER** sejam todas as publicações alusivas ao presente feito realizadas **exclusivamente** em nome do advogado **JOSÉ ADAILSON DA SILVA FILHO inscrito na OAB/PB sob o nº 22.043, e ERICK SOARES FERNANDES GALVÃO, inscrito na OAB/PB sob o nº 20.190**, ambos com endereço profissional na Av. Maximiano Figueiredo, 154, sala 106, centro João Pessoa-PB, CEP 58.013-470, **sob pena de nulidade**, ao teor do art. 236, §1º do CPC e art. 5º, LV, da Constituição Federal.

II - DOS FATOS

Por volta das 04:40 horas, na data de **28/08/2017**, a parte Promovente conduzia seu veículo VOLKSWAGEN, modelo FOX, de placa OFA - 8348/PB - ano 2011 e modelo 2012, de cor branca, licenciado em seu nome, (conforme IPVA ANEXO), pela rodovia que liga a cidade de Camalaú/PB à João Pessoa/PB, quando ao entrar na referida rodovia colidiu com o veículo Chevrolet, modelo Veraneio, que dessa colisão resultaram várias fraturas.

Nesta ocasião, o Promovente fora socorrido para o Hospital de Sumé-PB, e após, constatada a gravidade das lesões foi transferido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, **conforme faz prova ficha de acolhimento e prontuário do Hospital de Trauma de Campina Grande-PB anexos**).

De acordo com o Laudo Médico(anexo), emitido pelo referido Hospital de Trauma, restou demonstrado que a parte Promovente/vítima foi diagnosticada com POLITRAUMATISMO, QUAIS



Av. Maximiano de Figueiredo, 154, Empresarial Oliver Von Sohsten, sl 106,
Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470



SEJAM: TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO DO PARIETAL ESQUERDO (TCE), FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA E FRATURAS DOS ARCOS COSTAIS ESQUERDOS, sendo submetido a tratamento e exames de RAIOS X DO OMBRO, TÓRAX E COLUNA CERVICAL(conforme laudo anexo), sendo necessário acompanhamento médico da evolução clínica, conforme documentos apresentados.

Devido à gravidade das lesões sofridas, o autor ficou com sequelas no braço esquerdo, pois, perdeu a força no referido membro, bem como, sequelas faciais, como por exemplo: boca torta e dificuldade para mastigar.

Ratificando ainda mais o ocorrido, o Promovente, em data de 17/04/2019, dirigiu-se até a CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA-PB, para registrar um Boletim de Ocorrência Policial, lavrado sob o nº 04229.01.2019.1.00.401 (ANEXO).

Para corroborar o todo alegado, seguem, em anexo documentos referentes a todos os procedimentos médicos aos quais a parte Promovente foi submetida, (denominado de Prontuário).

III - DO INTERESSE DE AGIR - PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

Por ocasião do fornecimento do laudo e prontuário para o promovente, por parte do Hospital de Trauma de Campina Grande-PB, o demandante, na data de 16/05/2019, protocolou requerimento administrativo, (conforme comprovante anexo).

Ocorre que, a parte demandada indeferiu o requerimento autoral sem qualquer tipo de explicação, mesmo o autor preenchendo todos os requisitos para a concessão do seguro, (conforme negativa em anexo).

Desta forma, D. Magistrado, está por demais demonstrado o dano sofrido pela parte Demandante, pelo o que requer a devida indenização.



Av. Maximiano de Figueiredo, 154, Empresarial Oliver Von Sohsten, sl 106,
Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470



IV - DO DIREITO

IV. 1- Do Seguro DPVAT

A **Lei n° 6.194/74**, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, à pessoas transportadas ou não, em seu artigo 3º, inc. II e §1º, inc. II, e em seu artigo 5º, §1º aduz que:

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

[...]

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

§ 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:

[...]

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



Av. Maximiano de Figueiredo, 154, Empresarial Oliver Von Sohsten, sl 106,
Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470



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.”

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]

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:

[...]

§ 6º O pagamento da indenização também poderá ser realizado por intermédio de depósito ou Transferência Eletrônica de Dados - TED para a conta corrente ou conta de poupança do beneficiário, observada a legislação do Sistema de Pagamentos Brasileiro.

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado.

Destarte, o Promovente faz jus ao que dispõe o inciso II, do art. 3º, do referido Diploma Legal, no quantum de até **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.



Av. Maximiano de Figueiredo, 154, Empresarial Oliver Von Sohsten, sl 106,
Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470



Quanto à legitimidade para figurar no polo passivo da presente ação, esta se concretiza na análise da Lei nº 8.441/92, em seu art. 7º, que estabelece a formação de um consórcio de todas as seguradoras que operam no seguro objeto da supracitada lei, conforme segue:

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.

Desta feita, conclui-se que a Seguradora Líder é responsável pelo pagamento das indenizações do seguro obrigatório, sendo portanto, parte legítima.

V - DAS PROVAS

A parte Demandante protesta por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente pelo depoimento pessoal das partes e de seus representantes, oitiva de testemunhas, juntada de documentos, prova pericial e demais que se fizerem necessárias para elucidação dos fatos narrados.

VI - DOS PEDIDOS

Face ao exposto e de acordo com o previsto na legislação aplicável ao caso, requer se digne de Vossa Excelência:

1. A concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, conforme o disposto na lei 1.060/50 e art. 98 do CPC;
2. A citação da parte promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço indicado no preâmbulo para, comparecer a audiência de



Av. Maximiano de Figueiredo, 154, Empresarial Oliver Von Sohsten, sl 106,
Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470



conciliação instrução e julgamento, nos termos do art. 695 do CPC;

3. Ao final, julgar **TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a Seguradora Líder a pagar ao Promovente o *quantum* de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, em decorrência das debilidades permanentes suportadas por este em virtude de acidente automobilístico.
- 4- Requer a condenação da parte ré ao pagamento das custas processuais e honorários de sucumbência;
5. Reitera, ao final, o pedido de que todas as intimações sejam realizadas em nome de **JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO, OAB/PB 22.043 sob pena de nulidade.**

VII - DO VALOR DA CAUSA

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

Nestes termos,
Pede e aguarda deferimento.

João Pessoa, 29 de outubro de 2019.

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
OAB/PB 22.043

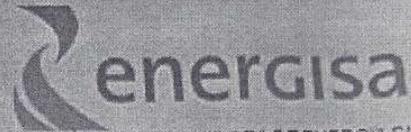
ERICK SOARES FERNANDES BARBOSA
OAB/PB 20.190



Av. Maximiano de Figueiredo, 154, Empresarial Oliver Von Sohsten, sl 106,
Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470



ORRANEIS NUNES PADILHAS
 RUA ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO, 88 - VALENTINA
 JOAO PESSOA / PB CEP: 58084-070 (AG: 5)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Ligação: MONOFÁSICO
 Cts/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Roteiro: 12-5-550-2280 Referência: Abr / 2019
 Medidor: 00001221098 Emissão: 18/04/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 023.652.353
 Cód. para Deb. Automático: 00004029492

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	18/04/2019	20/05/2019	161.889.694-68 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/402949-2**

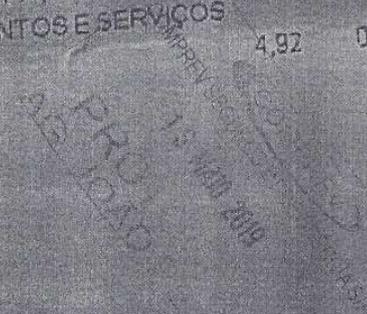
Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
 Conforme previsto na Lei 12.007 de 23 de julho de 2009,
 informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 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.
 Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data: 20/03/19 Leitura: 28368	Data: 18/04/19 Leitura: 29507	144	29

Demonstrativo

CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	Base Calc Pis (R\$)	Colins Pis/Colins (R\$) (1,0945%)	Colins
0601	Consumo em kWh	144,000	0,854400	123,03	27	33,21	123,03	1,33
0607	CONTRIB SERV ILLUM PUBLICA		4,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04229.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04229.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:24 horas do dia 17 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Orlanez Nunes Padilhas**, CPF nº 161.889.694-68, RG nº 1489920 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Aposentado, filho(a) de Carolina Justino dos Santos e Rivaldo Nunes Padilha, natural de Recife/PE, nascido(a) em 10/02/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Adalberto Florentino de Castro, Nº 88, complemento Casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital do Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98865-4290.

Dados do(s) Fatos:

Local: Na Br do Município de Camalaú, Camalaú/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/17 04:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O noticiante informa, que no dia 28/08/2017 às 04:40 da manhã, saiu da cidade de Camalaú-PB em direção a João Pessoa-PB acompanhado de sua esposa, Sra. Antonizete Pereira da Costa, e mais 2 amigos; que o mesmo conduzia o veículo, modelo Fox de marca Volkswagen, de Placa: OFA – 8348. Informa que ao entrar na Rodovia, colidiu com um veículo que vinha na mesma, sendo o referido veículo de modelo veraneio da marca Chevrolet. Que os passageiros do Fox ficaram aguardando aproximadamente por 40 minutos a chegada da ambulância no acostamento; Que quando a ambulância chegou o condutor do veículo e os demais passageiros foram removidos para o Hospital da cidade de Sumé – PB. Que ao chegar no referido hospital os responsáveis pelo mesmo informaram que devido a gravidade das lesões do condutor o mesmo teria que ser removido para cidade Campina Grande-PB, sendo assim, direcionados todos os passageiros para Campina Grande – PB, onde receberam os primeiros atendimentos e foram constatadas fraturas.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ORLANEZ NUNES PADILHAS
Noticiante

Procedimento Policial: 04229.01.2019.1.00.401

1/1



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDEMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1494530 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/08/2017
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Andreza Da Silva Araujo

PACIENTE: ORRANEIS NUNES CEP: 58010000 Nascimento: 10/02/1958

PADILHAS Endereço: ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO Sexo: M Telefone: 88085271
 Idade: 059 Bairro: VALENTINA

Cidade: João Pessoa RG: Nº: 88 Profissão: APOSENTADO

Nome da Mãe: CAROLINA JUSTINIO DOS SANTOS CPF: CNS: 704109449840950

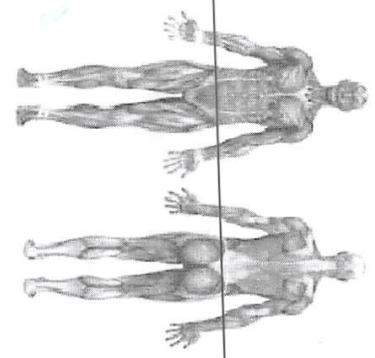
Responsável: ANTONIZETE PEREIRA Data de Atendimento: 28/08/2017 CONVÊNIO: SUS

Estado Civil: Casado(a) Hora: 07:41:14

Motivo: ACIDENTE DE CARRO Especialidade: CRM: CRM:

Méfica:

MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

- 
- 1. Abrasão
 - 2. Amputação
 - 3. Avulsão
 - 4. Contusão
 - 5. Crepitação
 - 6. Dor
 - 7. Edema
 - 8. Empalhamento
 - 9. Erifsema subcutâneo
 - 10. Emagamento
 - 11. Equimose
 - 12. F. Arma branca
 - 13. F. Arma de fogo
 - 14. F. Corticiso
 - 15. F. Cortante
 - 16. F. Certo-contuso
 - 17. F. Perfuro-contuso
 - 18. F. Perfuro-cortante
 - 19. Fratura óssea fechada
 - 20. Fratura óssea aberta
 - 21. Hematoma
 - 22. Injúgiltamento Venoso
 - 23. Laceração
 - 24. Lesão tendinlia
 - 25. Luxação
 - 26. Mordedura
 - 27. Movimento torácico paradoxal
 - 28. Objeto Encravado
 - 29. Otorragia
 - 30. Paralisia
 - 31. Paralisia
 - 32. Parastesia
 - 33. Queimadura
 - 34. Rinorragia
 - 35. Sinais de Isquemia

Obs:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 79 % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: *Pneumonia*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Clinico
Went good - has better
crackles heard
has good breath - good
no cough or phlegm

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas
 Glasgow 15 PA HGT: 112 SatO2

RAIO X REALIZADO EM: 28/08/17

ECG no 1 gram
ECG with con block

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Gasometria arterial
- () Tomografia computadorizada
- () Ultrassonografia: _____
- () Radiografias: _____
- () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *NRN* às *04:00pedon*,
 Especialista: *BNE* / / às / / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>565.7.100015 collyrium</i>	<i>fev 20</i>
2	<i>OP 2000000000</i>	<i>08:00</i>
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jairo Sales Couto
 CIRURGIÃO - CRM 21694PB

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 28/08/17





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Orrameis Nemes Pastilhas</u>	
End: <u>R. Adolberto Florentino de Castro</u>	Bairro: <u>88 - João Pessoa</u>
Data de Nascimento: <u>20/02/1958</u>	Documento de Identificação: <u>PB</u>
Queixa: <u>Ac. Cardio</u>	Data do Atend.: <u>28/08/17</u> Hora: <u>7:34</u> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

Clínica

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Branco - atendimento ambulatorial

Wana Duarte
 ENFERMEIRA
 COREN-PB 2827

Assinatura e carimbo do profissional







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS

DATA DO EXAME: 28.08.2017

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Fraturas de arcos costais esquerdos.
- Redução da transparência pulmonar à esquerda.
- Obliteração do seio costofrênico esquerdo (hemotórax).

30

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Coluna cervical sem alterações relacionadas a mecanismo traumático evidentes ao método.
- Sinais de espondilose cervical.

Dr. Arquimedes A B lira
CRM/PB: 7197

Dra. Míriam Albino
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19

Número do Sinistro: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF: 161.889.694-68

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/08/2017

Titular do CPF: ORRANEIS NUNES
PADILHAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 23/05/2019
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
CPF: 067.056.964-00

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03



NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19
Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS
CPF: 161.889.694-68
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/08/2017
Titular do CPF: ORRANEIS NUNES
PADILHAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

ORRANEIS NUNES PADILHAS : 161.889.694-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Sinistro nº 3190328483

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: 16/05/2019
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
CPF: 067.056.964-00

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221590392
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0034783690-9 00/00000000 2017

NOME
ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF / CNPJ
16188969468

PLACA
OFA8348/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9BWAB45Z7C4056436

ESPÉCIE TIPO
PAS/AUTOMOVEL/

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
VW/FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB. ANO MOD.
2011 2012

CAP./POT / CIL
5 P/104 /CV

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC / COTAS
1ª 2ª 3ª

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS) PRÊMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 31/07/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - RB

42692



DATA
31/07/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221590392 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 31/07/2017

VIA 1 CPF / CNPJ
16188969468

PLACA
OFA8348/PB

RENAVAM
00347836909

MARCA / MODELO
VW/FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB. CAT. TARIF.
2011 1

Nº CHASSI
9BWAB45Z7C4056436

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (RS)

DENATRAN (RS)

CUSTO DO SEGURO (RS)

CUSTO DO BILHETE (RS)

IOF (RS)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (RS)
P A G O

S COTA ÚNICA

PAGAMENTO
PARCELADO

DATA 31/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

761-1110353-20170731




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1289169622

NOME
 ORRANEIS NUNES PADILHAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 1489920 SSP PE

CPF 161.889.694-68 **DATA NASCIMENTO** 10/02/1958

FILIAÇÃO
 RIVALDO NUNES PADILHA
 CAROLINA JUSTINO DOS SANTOS

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAS**
 B

Nº REGISTRO 05438079667 **VALIDADE** 07/06/2021 **1ª HABILITAÇÃO** 07/03/2012

OBSERVAÇÕES

Orraneis Nunes Padilha
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO** 08/06/2016

Adailson
 Assinador Mica da Silva
 ASSINATURA DO EMISSOR 25681652710 PB032714718

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289169622





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, ORRANEIS KUNES PADILHAS
PORTADOR(A) DO RG Nº 3489920 EXPEDIDO POR SSP. PE EM 05/07/1976 E
CPF 363089694-68 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AVOSADO
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.953,64 (*) 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 CRÉDITO, 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 PREVIDÊNCIA 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 Lotéricas 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 à 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 CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-3 N° da CONTA (com dígito, se existir) 144.958-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

JOÃO PESSOA, 03 de AGOSTO de 2018 x Orraneis Kunes Padilha
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 em caso de 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 legislação vigente).



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ORRANEIS NUNES PAZILHA,
portador da carteira de identidade nº 1489920 SS. PE e inscrito no
CPF nº 161889694-68, residente e domiciliado na
RUA ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO, 98
VALENTINA I,
Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, 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.

Orraneis Nunes Pazilha
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 03 DE AGOSTO 2018
Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ORRAINEIS NUNES PADILHAS,

RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,
Órgão SSP. PE, CPF nº 361889694-68, 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
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ADALBERÃO FLORENTINO DE CASTRO</u>
Número	<u>88</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>VALENTINA I</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58064-070</u>
Telefone de contato	<u>(83) 98803-5547</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/08/2018.

Orraineis Nunes Padilhas
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,
RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 161889694-68,
com Domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ADALBERTO FLORENTINO
DE CASTRO nº 88, complemento, VALENTINA I, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
_____ , cujo o condutor
era _____.

Veículo.....: FOX
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2012
Placa.....: OFA 8348/PB
Chassi.....: 9BWAB 4577C 4056436
Data do acidente.: 28-08-2017

Local e data: JOÃO PESSOA, 03-08-2018

Orraneis Nunes Padilhas
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Orraneis Nunes Padilhas
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dois Estados - João Pessoa/PB - CEP 53051-000 - www.azevedobastos.net.br - Tel: (81) 3344-5404 - Fax: (81) 3344-5405

Reconheço por Semelhança a assinatura de
ORRANEIS NUNES PADILHAS
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, três de Agosto de dois mil e dezoito
Em Teor _____ da verdade.
Ruberiana Cristina Costa dos Santos, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12.13)

Selo Digital de Fiscalização Tipo-AFH97612-2D8A
Endereço do ato: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: DIUORBEADO
PROFISSAO: APOSENTADO Nº DO RG: 3489920
ORGÃO EMISSOR: SSP. PE DATA DE EMISSÃO: 05/07/1976
Nº CPF: 161.889.694-68 ENDEREÇO: R. ADALBERTO FLORENTINO
DE CASTRO, 88 VALENTINA I JOAO PESSOA, PB

OUTORGADO: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSAO: ADVOGADO Nº DO RG: 3194353
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: ___/___/___
Nº CPF: 061.056.964-00 ENDEREÇO: DI. MAXIMIANO FLEI-
REDO, 154, CENTRO JOAO PESSOA - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário _____, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOAO PESSOA, 03 de AGOSTO de 2018.

 Gertório Azevedo Bastos

x Orraneis Nunes Padilhas
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-1
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dos Estados - João Pessoa/PB - CEP 51030-000 ☎ www.azevedobastos.net.br - Tel.: (31) 3344-5464 - Fax: (31) 3344-5464

Reconheço por Semelhança a assinatura de
ORRANEIS NUNES PADILHAS
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé
João Pessoa, três de Agosto de dois mil e dezoito
Em Teft _____ de verdade.
Rubevânia Cristina Costa dos Santos, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.19)
Selo Digital de Fiscalização Tipo AMH97613-93YQ
- - - - - aido do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



NOTIFICAÇÃO

A _____ CPF DA VÍTIMA _____

DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

IDOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

IFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM
MA É _____

REÇO DO PORTADOR _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CE _____ UF _____ CEP _____

IL _____ TELE FONE (____) _____

REQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTIERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTIERA DE TRABALHO OU CARTIERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTIERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTIERA DE TRABALHO OU CARTIERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTIERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTIERA DE TRABALHO OU CARTIERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTIERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTIERA DE TRABALHO OU CARTIERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBRS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANTIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSMITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

IBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu, _____,
portador (a) do RG Nº _____, expedido por _____,
em ____/____/____, CPF/CNPJ Nº _____, na qualidade de
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiários(a) _____

_____ do sinistro de DPVAT da natureza _____
da vítima _____,
e conforme determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações
solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

X _____
ASSINATURA – PROCURADOR(A)/ INTERMEDIÁRIO(A)



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.0.19.35830/01
			Data de emissão: 26/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 200.2019.635830 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000122 164509283184 520191130209 001935830016 			Valor final: R\$ 1.216,45

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.0.19.35830/01
			Data de emissão: 26/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 200.2019.635830 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento:			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.216,45

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.0.19.35830/01
			Data de emissão: 26/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 200.2019.635830 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000122 164509283184 520191130209 001935830016 			Valor final: R\$ 1.216,45





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.635830 **Data Vencimento:** 30/11/2019 **Data Emissão:** 26/11/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 1.012,60

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.215,10

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Data do Acidente: 28/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00883/00684 - carta_04 - INVALIDEZ

00070342



Carta nº 14375098



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Data do Acidente: 28/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

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, contatos 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 14343238

Pag. 01205/01206 - carta_01 - INVALIDEZ

00020603





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL**

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)

Nº DO PROCESSO: 0811011-43.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar* documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018. Na mesma oportunidade, INSERIR PROCURAÇÃO COM DATA ATUALIZADA, vez que a constante nos autos data mais de uma ano.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2019.

SILVANA DE CARVALHO FERREIRA
Analista Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL**

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)

Nº DO PROCESSO: 0811011-43.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar* documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018. Na mesma oportunidade, INSERIR PROCURAÇÃO COM DATA ATUALIZADA, vez que a constante nos autos data mais de uma ano.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2019.

SILVANA DE CARVALHO FERREIRA
Analista Judiciário



em anexo.





GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 4ª
VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PB.**

Processo nº: 0811011-43.2019.8.15.2003

ORRANEIS NUNES PADILHAS, já devidamente qualificado nos autos da presente AÇÃO, que move em face de **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, igualmente qualificado, vem, a presença de V. Excelência, através de seu advogado que ao final assina, informar e requerer o que segue:

Diante do despacho proferido no ID nº: 26620418, vem o requerente, informar que os documentos solicitados para comprovação da hipossuficiência estão em andamento, assim, por ora, **requer dilação do prazo, por mais 20 (vinte), dias**, para que assim, a parte autora possa cumprir a determinação judicial.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa PB, 28 de janeiro de 2020.

OSÉ ADAILSON DA SILVA FILHO: ERICK SOARES FERNANDES GALVÃO

OAB/PB 22.043

OAB/PB 20.190



GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

Av. Maximiano de Figueiredo, Empresarial Oliver Von Sohsten, Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470. Contato: (83) 4141-5601.





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JOÃO PESSOA
4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

DECISÃO

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

PROCESSO Nº 0811011-43.2019.8.15.2003

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **22 de abril de 2020, às 14:00h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do C.P.C fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do C.P.C.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato

atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do C.P.C, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos**, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do C.P.C).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJ/PB.

P.I.

Cumpra com urgência.

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2020

Fernando Brasilino Leite

Juiz de Direito



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JOÃO PESSOA
4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

DECISÃO

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

PROCESSO Nº 0811011-43.2019.8.15.2003

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **22 de abril de 2020, às 14:00h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do C.P.C fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do C.P.C.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato

atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do C.P.C, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos**, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do C.P.C).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJ/PB.

P.I.

Cumpra com urgência.

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2020

Fernando Brasilino Leite

Juiz de Direito