



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)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
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 -dilação	Informações Prestadas
28141 796	10/02/2020 18:08	Decisão	Decisão
28176 969	11/02/2020 14:59	Expediente	Expediente

EM ANEXO





**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:



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 **JOSE 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.



GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

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 nº 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



GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

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)**.



GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

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



GALVÃO & SILVA
ADVOGADOS

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
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58084-070 (AQ: 5)

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc RES MTC 31 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 12-5-550-2280 Referência: Abr / 2019
Medidor: 00001221098 Emissão: 18/04/2019



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

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

Abr / 2019

Apresentação

18/04/2019

Data prevista da
próxima leitura

20/05/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

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		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura	1	144	29				
20/03/19	28368	18/04/19	28507							
Demonstrativo										
COI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc	Aliq. ICMS(R\$)	Base Calc Pis(R\$)	Colins			
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Colins(R\$)	(1,0345%), (4,99%)			
0601	Consumo em kWh	144,000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21	123,03	1,33	8,1
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		4,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
0507	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA									



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420736200000025633340>

Número do documento: 19112616420736200000025633340

Num. 26543494 - Pág. 1



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



28/08/2017

HTCC-Painei Administrativo



GOVERNO DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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 Araújo

PACIENTE: ORRANEIS NUNES

CEP: 58010000

Nascimento: 10/02/1958

PADILHAS

Sexo: M

Telefone: 88085271

Endereço: ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO

Idade: 059

Bairro: VALENTINA

Cidade: João Pessoa

RG:

Nº: 88

Nome da Mãe: CAROLINA JUSTINIO DOS SANTOS

CPF:

Profissão: APOSENTADO

Responsável: ANTONIZETE PEREIRA

Data de Atendimento: 28/08/2017

CNS: 70410949840950

Estado Civil: Casado(a)

Hora: 07:41:14

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

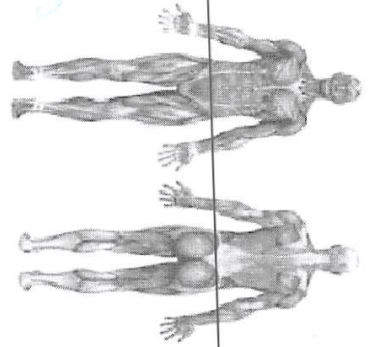
CRM:

Especialidade:

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. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de Vento
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 79 % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Clinico

Went to hospital with back
pain, swelling, and bruising
in the right leg. I was
injured when I fell from
a ladder at work.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT: 112

SatO2

RAIO X
REALIZADO EM:
28/08/17

RAIO X
REALIZADO EM:
28/08/17

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia computadorizada

() Ultrassonografia:
() Radiografias:
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

BME

às

às

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1 565.7.100015 08/00

2 08/00

3 08/00

4 08/00

5 08/00

6 08/00

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Sales Couto
Cirurgião - CRM 216919

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
28/08/17

But

Parti viti no de Aera Autodidactos

can show information on
POLY. AD or PSU & PC,
Phasor PDY, color ④ +

Consider $\textcircled{2}$.

Q Moral - can I get

③ Intentional self-harm

Ados porocary

apuntando quodum Am nesciret ne

momento Cima da. ~~Grato~~ Orientado para a terra e

Carlos Antonio
Carrillo

Cd : *Aster hyemalis*. (Carp.)
 CRIL: 907618
 76

7-11-19

() Precisão Médica

)Obits

[illegible]

2/2





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Orrameis Nemes Paolilhas</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>P.B.</u>
Queixa: <u>Ac. Cardio</u>	Data do Atend.: <u>28/08/17</u> Hora: <u>7:34</u> Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

Clínica
(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Enfermeira Duarte
COREN-PB 28274

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420993500000025633344>

Número do documento: 19112616420993500000025633344





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. Miriam 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



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:11


<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420993500000025633344>

Número do documento: 19112616420993500000025633344

Num. 26543498 - Pág. 5



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

CPF de: Próprio

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

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 20170000285207 Exercício 2017
0034783690-9 00/00000000

NOME
ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF / CNPJ
16188969468

PLACA
OFA8348/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB

CHASSI
9BWAB45Z7C4056436

ESPÉCIE TIPO
PAS/AUTOMÓVEL/

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
I
P
V
A

VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. / COTAS
1ª
2ª
3ª

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
31/07/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-RB

42692

 Agamenon Vieira da Silva
Diretor Suplente - DETRAN/PB

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
2017

DATA EMISSÃO
31/07/2017

VIA 1

CPF / CNPJ
16188969468

PLACA
OFA8348/PB

RENAVAM
00347836909

MARCA / MODELO
VW/FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB.
2011

CAT. TARIF.
1

Nº CHASSI
9BWAB45Z7C4056436

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
P A G O

S
COTA ÚNICA

PAGAMENTO
PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO
31/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

761-1110353-20170731



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

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

Orlaneis Nunes Padilha
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 08/06/2016

Assinatura
 Assinatura Maria da Silva
 ASSINATURA DO EMISSOR

25681652710
PB032714718

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA
 1289169622

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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 APOSENTADO

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 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 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-3 Nº 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 _____ 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/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

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 vigor no momento da indenização) e 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-PB e inscrito no
CPF nº 161889694-68, residente e domiciliado na
RUA ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO, 88
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.


Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 03 DE AGOSTO 2018
Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,

RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,

Órgão SSP. PE, CPF nº 161889694-68, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ADALBERTO 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.

Orraneis 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-PE, portador do CPF nº 161.889.694-68,
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

X

Cartório Azevedo Bastos

Orraneis Nunes Padilhas

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Cartório Azevedo Bastos

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 Lins de Vasconcelos - João Pessoa/PB - CEP 55030-000 - www.azevedobastos.net.br - Tel: (81) 3244-5404 - Fax: (81) 3244-5405

Reconheço por Semelhança a assinatura de
ORRANEIS NUNES PADILHAS
e qual confere com o padrão registrado, nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, três de Agosto de dois mil e dezoito
Em Teste da verdade.
Ruberiana Cristina Costa dos Santos, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.13)
Selo Digital de Fiscalização Tipo-AHH97612-2D8A
Endereço do ato: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: PROSETO **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
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 3194353
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** ___/___/___
Nº CPF: 061.056.964-00 **ENDEREÇO:** DI. MAXIMIANO FIEVEI-
REDO, 154, CENTRO JOAO PESSOA - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/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 vítima 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.



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
			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
			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 sequela 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **ORRANEIS NUNES PADILHAS** CPF: **161.889.694-68**
Profissão: **APOSENTADO** Endereço: **R. ADALBERTO FLORENTINO DE ALMEIDA** Número: **88** Complemento: **CHC**
Bairro: Cidade: Estado: CEP: Tel.(DDD):
E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **16/11/2019**
Nome: **ORRANEIS NUNES PADILHAS**
CPF: **161.889.694-68**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO**
CPF: **659.900.394-00**
Assinatura

2ª | Nome: **ADGEVILDA SOUZA DA SILVA**
CPF: **206.926.414-91**
Assinatura

: houver)

maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO,

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa 1145 - Bairro Dos Estúdios - João Pessoa/PB - CEP 58030-900 - Tel.: (33) 3244-5404 - Fax: (33) 3244-5404

Reconheço por Semelhança a assinatura de
ORRANEIS NUNES PADILHAS
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, vinte e nove de Janeiro de dois mil e dezanove
Em Teste da verdade.
Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.7)
Selo Digital de Fiscalização Tipo AIC33317-78B
Endereço do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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, 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





**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.





**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.

JOSÉ ADAILSON DA SILVA FILHO.: ERICK SOARES FERNANDES GALVÃO

OAB/PB 22.043

OAB/PB 20.190



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

D E C I S ã O

[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

D E C I S ã O

[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