

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSE TIBURTINO ARAUJO, brasileiro, solteiro, vigilante, portador da cédula de identidade registrada sob o n.º 2806022 - SSP/PB, inscrito no CPF sob o n.º 044.277.534-26, residente e domiciliada à Rua Luiz Romualdo da Silva, s/nº, apto. 102, bairro do Geisel, cidade de João Pessoa - PB, CEP: 58077-032.

OUTORGADO: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 21.549, e que pode receber intimações na Rua Professor Oswaldo de Miranda Pereira, n.º 1176, bairro do Brisamar, cidade de João Pessoa/PB, (83) 9 8892-1412.

PODERES: Os da cláusula "*ad judicium et extra*", para o foro em geral, com poderes expressos e especiais, para representar os interesses do outorgante acima nominada na obtenção do Seguro DPVAT, podendo fazê-lo em qualquer instância administrativa e/ou judicial que se faça necessário, podendo desistir, renunciar direitos, conciliar, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber cheque, alvará, numerário, sempre passando a respectiva quitação, propor execução, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumário, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fins do disposto no artigo 359 do Código de Processo Civil, podendo ainda requerer ao juiz da causa o desmembramento e/ou a retenção do percentual devido à título de honorários advocatícios convencionados em instrumento particular autônomo; autorizado também o direito de substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

João Pessoa - PB, 16 de outubro de 2017.

Jose Tiburtino Araujo
JOSE TIBURTINO ARAUJO
OUTORGANTE

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSE TIBURTINO ARAUJO**

Nº Sinistro: **3170629119**
Vitima: **JOSE TIBURTINO ARAUJO**
Data do Acidente: **25/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170629119**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12050785

Pag. 00107/00108 - carta_01 - INVALIDEZ





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o prazo para entrega de parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170629119 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE TIBURTINO ARAUJO

COBERTURA Invalidez




PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSE TIBURTINO ARAUJO

CPF/CNPJ: 04427753426

Posição em 25-11-2019 18:47:43

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/06/2018	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YntvZ3QJPMw0W1O37ccapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4G4DkbZ8rGn5CVW33KS5KPU=)
28/12/2017	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/GrE__U86zNyzVmt3+NQapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4G4DkbZ8rGn5CVW33KS5KPU=)
28/12/2017	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cm61QBTEln4Tcmi1Hapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4G4DkbZ8rGn5CVW33KS5KPU=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

2/3



- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jose Tiburtino AmaroDATA DO ACIDENTE 25/04/2017 CPF DA VITIMA 044.277.534-26

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR

Rua Luiz Romualdo da SilvaNº 51º COMPLEMENTO Apto 102BAIRRO GeneralCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58077-032

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE DUT

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO ~~BOLEIM~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE 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.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Xapaul Tiburtino da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02036.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02036.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:24 horas do dia 08 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Tiburtino Araújo**, CPF nº 044.277.534-26, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho (a) de Neuza Araújo Souza Tiburtino e Tiburtino Araújo, natural de Olho D'água/PB, nascido(a) em 28/01/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Romualdo da Silva, Nº 99, complemento APART. 102 - ED. QUATRO LARES, bairro Cuiá, tendo como ponto de referência Posto Cajueiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98747-0010.

Dados do(s) Fatos:

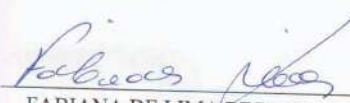
Local: Rua Luiz Romualdo da Silva, Próximo Ao Posto Cajueiro, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/04/17 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

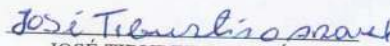
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN, PRETA, 2008/2008, PLACA MOI8386/PB, CHASSI 9C2JC30708R653276, registrada em nome do noticiante, quando ao desviar de um CARRO não identificado que parou repentinamente à sua frente o noticiante acabou batendo no meio-fio, perdendo o controle da moto e caindo ao solo, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ GUTEMBERG C. DE LIMA, CRM 1738, DATADO DE 27/04/2017, DA ORTO CLÍNICA- CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE; Informa que após o acidente foi socorrido por seu primo, em veículo particular, para o Hospital Samaritano.

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 fê.

João Pessoa/PB, 08 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSÉ TIBURTINO ARAÚJO
Noticiante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE TIBURTINO ARAUJO,
portador da carteira de identidade nº 2806022 SSP/PB e inscrito no
CPF nº 044.277.534-26, residente e domiciliado na
RUA LUIZ ROMUALDO DA SILVA, S/Nº, APTO. 102, BAIRRO
DO GEISEL, JOÃO PESSOA/PB, CEP: 58077-030,
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
(X) 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.

X José Tiburtino Araújo

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

PIP Raphael Teixeira de Lima Moura

JOÃO PESSOA-PB, 01 de NOVEMBRO DE 2017

Local e data





Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Etiqueta de identificação do paciente	Paciente: <u>João Tiburtino</u>	Data: <u>25/4/17</u>
	Nome da Mãe:	Convênio:
	Cirurgião:	2ª Cirurgião:
	3ª Cirurgião:	Anest.
	Cirurgia: <u>fratura radioulnar</u>	Origem: <u>60</u>

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: () Recepção () Urgência () Enfermaria <input checked="" type="checkbox"/> Apartamento () UTI
Prótese dentária: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Jejum: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Uso de Medicamentos: () Sim () Não Qual: _____
Alergias: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____
Morbidades: () Obesidade () Hipertensão () Diabetes () Asma () Outros: _____

EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Punção Venosa: <input checked="" type="checkbox"/> Periférica MS () Subclávia () Dissecção Venosa () Jugular
Posição do Paciente no Trans-Operatório: <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal () Ventral () Lateral E/D () Ginecológica
Sondagem Vesical: () Sim () Não nº _____ () 2 Vias 3 () 3 vias c/irrigação
Tipo: () Demora () Alívio
Presença de Diurese: () Sim () Não
Tipo de Anestesia: () Geral () Raquianestesia () Peridural () Sedação () Local <input checked="" type="checkbox"/> Geral Venosa
Destino: () Apto () UTI () Alta Hospitalar () Óbito () URPA Hora da Saída: <u>21:20</u> hs

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:20 Paciente admitido no B.C. p/ submeter-se a fratura de rádio, sob efeito de anestesia geral. Após término do procedimento cirúrgico, sem intercorrências, p/ente encaminhado p/ apto.

Assinatura do Enfermeiro (a)
COREN



Hospital Samaritano

REGISTRO: 4521283
NOME: JOSÉ TIBURTINO ARAUJO
DN: 28/01/1984 (33 ANOS)
MAE: NEUZA ARAUJO SOUZA TIBURTINO
INTERNAÇÃO CIRURGICA: FRATURA DE RADIO DISTAL
CONVENIO: PARTICULAR/PACOTE
DATA: 28 / 04 / 2017

AS DE CIRURGIA

Paciente: _____

Atendimento: Cirurgico

Convênio: pacote

Cirurgia: Fratura de radio distal

Cirurgião: Drº José Gutemberg

Sala: 08 Data: 28/04/2017

Circulante de sala (não rubricar): Neto + Nadija

<div>25.04.17 02 Data do Processo Data de Validade 02.07.17 02 No. do Operador 1655 tyrex</div>	<div>1655 Data do Processo Data de Validade 25.04.17 02 No. do Operador 290.17 tyrex</div>	<div>20.04.17 02 Data do Processo Data de Validade 20.07.17 02 No. do Operador 1701 BROWNE</div>
<div>20.04.17 02 Data do Processo Data de Validade 20.07.17 12 No. do Operador 1701 BROWNE</div>	<div>25.04.17 02 Data do Processo Data de Validade 02.07.17 02 No. do Operador 1655 tyrex</div>	
<div>28/04/2017 Cirurgia 28/04/17</div>		
<div>02/04/2017 Cirurgia 28/04/17</div>		
<div>28/04/2017 Cirurgia 28-04-17</div>		



Paciente:	José Tiburcio Araújo			Convênio:	Pacote
Cirurgia:	Fratura de rádio distal			Data:	25/04/2017
Cirurgião:	Dr. José Gutemberg			Anestesista:	Dr. Aurélio Estrela
Auxiliar 1:	Dr. José Gutemberg			Anestesia:	bloqueio de plexo + Sedação
Auxiliar 2:				Circulante:	Natália e Neto
Instrumentador:	Achilano			Idade:	27 anos

MEDICAMENTOS					
Água Destilada 10 ml	11	03	Droperidol		Tilatil 20 mg 01
Adrenalina			Etomidato		Transamin
Aminofilina			Efedrina		Tramal 50mg
Amicacina			Fenergan		Tracrium
Atropina			Fentanil 2ml	01	Ultiva 2mg
Bextra 40mg			Fentanil 10ml		Unasyn 3g
Buscopam Composto			Flagyl 500mg		Xilocaína 2% Fr 01
Buscopam Simples			Fenitoína		Xilocaína 2% 5ml
Brycanil			Flumazenil		Xilocaína 2% geléia
Clonidina			Gentamicina		Dramin B6
Cipro 200mg			Glicose 50%		Vitamina C
Duo Decadron			Hidrocortisona		Vitamina K
Dimorf 0,2mg			Keflim 1g		Vitamina B
Dimorf 10mg			Kefazol 1g	01	faixa Smache x
Dimorf 1mg			Ketalar/Ketamin		HALOGENADOS
Dexametasona mg			Kolagenase Pomada		Sevorane (ml)
Dipirona Sódica			Lasix		Halotano (ml)
Dolosal			Liquemine		Forane (ml)
Dormonid	1	01	Narcan	1	
Diazepam			Nausedron		

SOLUÇÕES					
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml			Soro Ringer c/ Lactato	02	PVPI Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	1	01	Água Destilada 1L		PVPI Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml			Purisol		PVPI Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml			Manitol		
Soro Glicosado 5% 500ml			Voluven		

MATERIAIS DESCARTÁVEIS					
Agulha 13x4,5G			Conexão 2 vias	01	Luva de Procedimento 05
Agulha 25x7G	1	01	Dreno Penrose 1		Cartucho de Ligaclip
Agulha 40x12G	11	02	Dreno Penrose 2		Perfusor Seth
Agulha Raqui 25G			Dreno Penrose 3		Sonda Gástrica 18
Agulha Raqui 26G			Dreno Sucção 3,2		Sonda Gástrica 20
Agulha Raqui 27G			Dreno Sucção 4,8		Sonda Uretral 4
Agulha Peridural 16G			Dreno Sucção 6,4		Sonda Uretral 6
Agulha Peridural 17G			Dreno Tórax 32		Sonda Uretral 8
Agulha Peridural 18G			Dreno Tórax 36		Sonda Uretral 10
Agulha de Bloqueio Plexo	1		Dreno Tórax 38		Sonda Uretral 12
Jelco 14G			Esparadrapo 20cm		Sonda Uretral 14
Jelco 16G			Eletródos	05	3 vias
Jelco 18G			Equipo Macrogotas	01	
Jelco 20G	01		Equipo Microgotas		
Jelco 22G			Escova degermante	04	
Jelco 24G			Gorro Descartável	04	
Atadura Crepom 15cm	111	04	Gaze Pacote	06	
Atadura Crepom 30cm			Gelfoam		
Atadura Gessada	1	0	Surgicel		
Coletor Sist. Aberto			Intracath		
Coletor Sist. Fechado			Catéter monolúmen		
Cateter Nasal	1	01	Filtro bacteriológico		
Cateter Peridural 16			Capa VDL		

EQUIPAMENTOS					
Aspirador			Capnógrafo		RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico			CO2		Tricotomia
Bomba de Infusão			Oxigênio		Peça Cirurg. NAD
Carro de VDL			Nitrogênio		Destino:

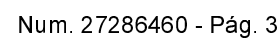
Viviane Cardoso de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 295669

Bloqueio do plano Biquadrado + Seletiv

CONDIÇÃO DO PACIENTE	
INFECCIONADO	EM TRATAMENTO
\$ GALT 2%	
S ≤ 0.3%	
S R LACTATO	
CORRE RESIST.	

See

Audiência 6/8/95



R= 4521283
60
particular

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 25/04/2012

Paciente: JOH TIDUSTINO D. ARAUJO
Clínica: ORTOPEDIA Apt: 60 Convênio: Particular

OED	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	HORÁRIO
25/04/12	① Dicl. 100mg	SND
	② Soro fisiol. 17 - 1500 ml	23
	③ Cefalotina 1.0g	23 05 1x
	EU 2 6/6hs	
	④ Til. 400mg - 1 - 1/2	23 1x
	EU 1 12/12h	
	⑤ Difen. 2,0cc EU	05
	⑥ Verificar curativos e limpeza de extremidade do dedo	
	Panel de acompanhamento de EV	
26/04/12	Dr. João Fernandes L. de Lima Ortopedia CRM - B 3964	
	Dr. João Fernandes L. de Lima Ortopedia CRM - B 3964	
MÉDICO:	Dr. João Fernandes L. de Lima Especialista em Ortopedia Total de Joelho e Quadril CRM - 3773	SEPARADO POR:
CRM:		



Hospital Samaritano

CENTRO CIRÚRGICO – FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA

Paciente: João Francisco d. S. Lima
Idade: 47 Sexo: M Sala: 1 Data: 25/04/2017 Convênio: PARI

SUMÁRIO CLÍNICO

F. sup. e inf. e cr. e p.
unif. fusão d. rach.
ext. comunic.

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: João Gutierrez C. de Lima
1º. Auxiliar: J. J. S. Lima
2º. Auxiliar: J. J. S. Lima
3º. Auxiliar: J. J. S. Lima
Anestesista: Aurilio A. F.
Instrumentador(a): Adriano

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 25/04/2017 Hora Inicial: 19:20 Hora Final: 21:20
Tipo de Cirurgia: Redução de fratura de fêmur
Diagnóstico Pré-Operatório: epifisário e metafisário
Tipo de Anestesia: de rach.
Risco Cirúrgico: Bto. fratura de fêmur
Intercorências Cirúrgicas: unif.

Diagnóstico Pós-Operatório: unif.

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

- ① Incisão e abordagem de fêmur
- ② Redução de fratura de fêmur
- ③ Redução de fratura de fêmur
- ④ Redução de fratura de fêmur
- ⑤ Redução de fratura de fêmur





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente:

Leito:

Convênio:

Sector:

DATA

25/04/12 RT surtural e re-
cas comissuras de hipofise
coerente de epifise
de re-epifise
e re-epifise de re-epifise
com desvio e fixa
com dois fios
Hirschman e re-epifise
re-epifise de re-epifise

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1728

26/04/2012 sete Hirschman

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1728





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raios-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7487

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Dr.ª Verônica Queiroz
CREFTO 18276-F

Dr.ª Carolina Queiroz
CREFTO 81673-F

Dr.ª Jannaina Henriques
CREFTO 21644-F

Do (sic) sofrer
naus raras
e de que por-
micece, se-
de de s.s.R.

S.S.R.

27/04/17

✓

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
CRM - 1738

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.381.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br



ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raios-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7487

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Dr.ª Verônica Queiroz
CREFTO 18276-F

Dr.ª Carolina Queiroz
CREFTO 81673-F

Dr.ª Jannaina Henriques
CREFTO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
CRM - 1738

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.381.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

Do (sic) sofrer
naus raras
e de que por-
micece, se-
de de s.s.R.

S.S.R.

27/04/17

✓

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
CRM - 1738

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.381.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE TIBURTINO ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2806022 SSP PB

CITY
044.277.534-26

DATA NASCIMENTO
28/01/1984

FILIAÇÃO
TIBURTINO ARAUJO
NEUZA ARAUJO SOUZA
TIBURTINO

PERMISSÃO **ACC** **CATEG.**
AII

Nº REGISTRO
04120675847

VALIDADE
09/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/06/2007

OBSERVAÇÕES

Jose Tiburtino Araujo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
10/11/2016

[Assinatura]
58608990135
PB033548145

DETRAN - PB (PARABÁ)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404129358

PROIBIDO PLASTIFICAR
1404129358

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **013746876787**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **1** COD. RENAVAM: **0097445103-7** EXERCÍCIO: **2017**

NOME: **JOSE TIBURTINO ARAUJO**

CPF/CNPJ: **04427753426** PLACA: **MOI8386/PB**

PLACA ANT./UF: **NOVO PB** CHASSI: **9C2JC30708R653276**

ESPECIE TIPO: **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA/MODELO: **HONDA/CG 125 FAN** ANO FAB: **2008** ANO MOD: **2008**

CAP/POT/CIL: **2 P/124 /CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA ÚNICA: **IPVA PAGO EM 00/00/0000** 1ª VENC./COTAS: **1ª**

FAIXA IPVA: ********* PARCELAMENTO/COTAS: **0** 2ª VENC./COTAS: **2ª**

3ª VENC./COTAS: **3ª**

PREMIO TARIFARIO (R\$): ********* IOF (R\$): ********* PREMIO TOTAL (R\$): ********* DATA DE PAGAMENTO: **31/07/2017**

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: **JOAO PESSOA - PB** DATA: **31/08/2017**

VALS: **41947** **7003781**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013746876787 **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: **31/08/2017**

VIA: **1** CPF/CNPJ: **04427753426** PLACA: **MOI8386/PB**

RENAVAM: **00974451037** MARCA/MODELO: **HONDA/CG 125 FAN**

ANO FAB: **2008** CAP. TARIF: **9** Nº CHASSI: **9C2JC30708R653276**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ********* DENATRAN (R\$): ********* CUSTO DO SEGURO (R\$): *********

CUSTO DO BILHETE (R\$): ********* IOF (R\$): ********* TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): *********

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **31/07/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
7003781-0916461-20170831

800-2017





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

044.277.534-26

Nome completo da vítima

Jose Tiburtino Anayo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jose Tiburtino Anayo	CPF titular da conta	044.277.534-26	Profissão	Revisor
Endereço	Rua Luiz Romualdo da Silva	Número	5112	Complemento	Apt 102
Bairro	Geisel	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58077-032	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0617

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO. 21403

(Informar dígito se existir)

D/V

1

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 27 de Outubro de 2017
Local e Data

X Jose Tiburtino Anayo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

conta 21403-1
Ag 0617
OP 03

JOSE TIBURTINO ARAUJO
RUA LUIZ ROMUALDO DA SILVA, S/Nº - AP 102 - GEISEL
JOAO PESSOA / PB CEP: 59000000 (AG. 1)

Energisa
Energisa PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Emissão: 28/09/2017 Referência: Set / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/240 km 25 - Córrego Resende - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Plano: 15 - 2 - B13 - 2280 Nº medidor: 000012-0193 CNPJ: 02.095.192/0001-40 Insc. Est.: 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 01.103.436
Cód. para Débito Automático: 00016348682

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Set / 2017 26/09/2017 26/10/2017 4427753426

UC (Unidade Consumidora): 5/1634868-2

Canal de contato

Após acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via da conta, mudança de titularidade, religação, consulta a dívidas, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data: 29/09/17	Leitura: 3944	Data: 26/09/17	Leitura: 3944		60	32
Demonstrativo						
Quantidade Tarifada	Valor Básico	Alíq. 10%	Nov. Base Calc. P/ 10%	Consumo (kWh)		
Tarifa (R\$) 100,00	0,877890	80,99	80,99	0,28	1,28	
0,00	0,88	0,88	0,18	0,86	0,09	0,01
0,00	2,04	2,04	0,51	2,04	0,00	0,04
ENCARGOS E SERVIÇOS						
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 88,24 88,24 15,92 88,69 0,28 1,34

Média últimos meses (kWh) 71
VENCIMENTO 03/10/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 66,24

Histórico de Consumo (kWh)

64 | 62 | 68 | 92 | 70 | 85 | 95 | 88 | 76 | 82 | 57 | 62
Ago/17 Jul/17 Jun/17 Ma/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16 Out/16 Set/16

RESERVADO AO FISCO
6a11.536c.4921.5387.dc9b.e1f6.f1e2.3e40.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIA MENSAL 6,43	0,00	NOMINAL 220	Seção de Distribuição de Energia	16,97	25,63
DIA ANUAL 10,86	0,01		Consumo de Energia	21,89	33,06
DIA MENSAL 21,73	0,00	CONTRATADA 220	Serviço de Transmissão	2,81	4,24
DIA ANUAL 43,46	0,00		Encargos Setoriais	4,70	7,10
DIA MENSAL 8,73	0,00	LIMITE INFERIOR 220	Impostos Diretos e Encargos	20,10	30,34
DIA ANUAL 17,45	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DIA MENSAL 3,11	0,00	LIMITE SUPERIOR 220	Total	66,24	100,00
DIA ANUAL 6,22	0,00				

Valor de BÚS (Ref. 7/2017) R\$ 12,06

ATENÇÃO

Fatura em atraso

Ago/17 45,05

REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) não tenha(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/10/2017. Caso a fatura esteja em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/10/2017. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às contas para não ser incluído na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Raphael Teixeira de Lima Moura inscrito (a) no CPF 090.542.034 / 98, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Tiburcio Anayo inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.277.534 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Tiburcio Anayo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.277.534 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

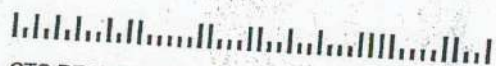
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA		1176	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BRASAMAR	JOAO PESSOA	PB	58033410
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
RAPHAELTEIXEIRA.MOURA@GMAIL.COM	(83)98892-1412		(83)98628-0421

JOAO PESSOA 27 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

X Raphael Teixeira de Lima Moura
Assinatura do Declarante

Carrefour
soluções financeiras



CTC RECIFE PE PL12
RAPHAEL MOURA
R PROF OSVALDO MIRANDA PEREIRA, 1176 CASA
BRISAMAR
58033-410 JOAO PESSOA-PB



7210190783555216691489233730210917

55521 - 00000010949
DATA DE POSTAGEM: 21/09/2017



USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12737927



ASSINATURA DO PORTADOR

Raphael Teixeira de Lima Moura



OBSERVAÇÕES

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

21549

NOME
RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA

FILIAÇÃO
EUZINETE AYRES DE LIMA MOURA
CLAYTON TEIXEIRA MOURA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
28/06/1992

RG
3575515 - SSP/PB

CPF
090.542.034-98

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

VIA EXPEDIDO EM
01 19/08/2015

Odôn Bezerra Cavalcanti Sobrinho
ODÔN BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ TIBURTINO ARAÚJO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: VIGILANTE

Nº DO RG: 04120675847

ORGÃO EMISSOR: DETRAN/PB

DATA DE EMISSÃO: 10/11/2016

Nº CPF: 044.277.534-26

ENDEREÇO: RUA LUIZ DOMINGOS DA SILVA, S/Nº, APT. 102, BAIRRO DO GEISEL, JOÃO PESSOA/PB
CEP: 58077-032

OUTORGADO: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: ADVOGADO

Nº DO RG: 21549

ORGÃO EMISSOR: OAB/PB

DATA DE EMISSÃO: 19/08/2015

Nº CPF: 090.542.034-98

ENDEREÇO: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA, 1176, BRISAMAR, JOÃO PESSOA/PB
CEP: 59033-410

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JOSÉ TIBURTINO ARAÚJO, 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.

JOÃO PESSOA-PB, 01 de NOVEMBRO de 20 17.

X José Tiburtino Araújo

Assinatura

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





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raios-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Drª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Drª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Drª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04
Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: els.ortoclinica@uol.com.br

Recebi R\$1200,00

Recebi do paciente

Jose T. S. S. S.

de R\$1200,00

Fonte de R\$1200,00

(Humilhação e humilhação)

Recebi) referenci

a Honra e de

compete de futuro

de futuro e

12/25/04/2017

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE
ANESTESIA/SEDAÇÃO

Declaro, para fins legais, conforme segue:

01. Que estou ciente do fato de que, em data de ____/____/____, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de ____ junto ao Hospital ____ a ser realizado pelo Médico Anestesiologista ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de ____.

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame/Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

06. Peço autorização se necessário, para o cliente participar de um estudo para determinar para uso de dados para pesquisa acadêmica, desde que aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável: J. N. do M. da F. da F. da F.

Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Dr. [Assinatura]
MÉDICO - ANESTESIOLOGIA
CRM-PR 00000



Testemunhas:

F(NG). ASCIR. 022-1



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE TIBURTINO ARAUJO
Nº Sinistro: 3170629119
Vítima: JOSE TIBURTINO ARAUJO
Data do Acidente: 25/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170629119**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00327/00328 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12050347



Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE TIBURTINO ARAUJO

Nº Sinistro: 3170629119
Vitima: JOSE TIBURTINO ARAUJO
Data do Acidente: 25/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170629119**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12904179

Pag. 00287/00288 - carta_16 - INVALIDEZ

00010144





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

1ª 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: 0812000-49.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 a simulação da guia de custas*, e 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.

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2020.

ANARISOLETA FAUSTINO DINIZ TOSCANO DE FRANCA

Técnico Judiciário





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

1ª 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: 0812000-49.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 a simulação da guia de custas*, e 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.

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2020.

ANARISOLETA FAUSTINO DINIZ TOSCANO DE FRANCA

Técnico Judiciário



Segue, em anexo, Petição e Documentos em PDF.





RAPHAEL TEIXEIRA

Advocacia & Consultoria

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DA 1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA - COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB

Processo nº: 0812000-49.2019.8.15.2003

JOSÉ TIBURTINO ARAUJO, devidamente qualificado nos autos do processo mencionando em epígrafe, vem à presença de vossa Excelência, por intermédio do advogado infra-assinado, em observância ao **ato ordinatório encontrado no id.27388730**, no afã de **REQUERER** a este d. juízo, a juntada aos autos da simulação das custas processuais, da declaração de hipossuficiência, bem como, da CTPS do promovente - que demonstra sua última assinatura no ano de 2009.

Da análise da referida documentação, se percebe, Excelência, que até o presente momento, encontra-se o autor ainda sem emprego fixo, onde o mesmo sobrevive fazendo “bicos” (quando aparecem) e, portanto, faz jus ao pedido de gratuidade pleiteado na inicial, já que resta **demonstrada a sua hipossuficiência para arcar com o pagamento das vultuosas custas processuais no importe de R\$ 1.245,71** (hum mil, duzentos e quarenta e cinco reais e setenta e um centavos).

Assim, roga que este direito, garantido legalmente ao autor, não lhe seja negado, uma vez que, a renda adquirida pela sua família é escassa, sendo imperioso reforçar, que o autor não tem condições de arcar com as custas do processo, **REQUERENDO** assim, **o deferimento de concessão dos benefícios da gratuidade judicial e o prosseguimento do feito**.

Termos em que pede, confia e aguarda deferimento.
João Pessoa – PB, 11 de fevereiro 2020.

RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA
OAB/PB Nº 21.549

DÉBORA EDUARDA LINS ARAUJO
ESTAGIÁRIA

Rua Professor Oswaldo de Miranda Pereira, nº 1176 – Brisamar – João Pessoa/PB
raphaelteixeiramoura@gmail.com - (83) 98892-1412





RAPHAEL TEIXEIRA

Advocacia & Consultoria

Declaração de Hipossuficiência de Recursos Financeiros

JOSE TIBURTINO ARAUJO, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da cédula de identidade registrada sob o n.º 2806022 – SSP/PB, inscrito no CPF sob o n.º 044.277.534-26, residente e domiciliada à Rua Luiz Romualdo da Silva, s/nº, apto. 102, bairro do Geisel, cidade de João Pessoa – PB, CEP: 58077-032., declara, para todos os fins de direito, que, atualmente, está sem condição econômico-financeira de arcar com as despesas processuais, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil de 2015.

João Pessoa – PB, 10 de fevereiro de 2020.

Jose Tiburtino Araujo

JOSE TIBURTINO ARAUJO





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 54059

Série 00025.23

Assinatura do Portador



ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

O portador deste, foi admitido a
 nível de experiência por 45 dias
 conforme contrato assinado, podendo
 ser prorrogado por mais 45 dias,

São Paulo, 14 de Abril de 2009

BAR. DANCETERIA DODE CLUB
DANCING LTDA.

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)



ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)



- [Base legal](#)
- [Perguntas Frequentes](#)

[Emitir GuiaCustas Prévias1º Grau](#)

[Emitir GuiaCustas OcasionalisDiligências / Porte](#)

[Emitir GuiaCustas de Recursos](#)

[Emitir GuiaCustas de Ação Originária2º Grau](#)

[Emitir GuiaCustas Finais](#)

[ConsultarGuiaGuia Emitida](#)

 MENU

- [Emitir guia de custas prévias \(1º grau\)](#)
- [Emitir guia de custas ocasionais \(Diligência/Porte\)](#)
- [Emitir guia de custas de recursos](#)
- [Emitir guia de custas de ação originária \(2º grau\)](#)
- [Emitir guia de custas finais](#)
- [Consultar guia \(emitida\)](#)

Emitir GuiaCustas Prévias1º Grau


- [Emitir Guia](#)
- [Consultar Guia](#)
- [Consultar Protesto](#)

Emitir GuiaCustas Prévias1º Grau

- [Emitir Guia](#)
- [Consultar Guia](#)
- [Consultar Protesto](#)

Etapa 5/5 - Resumo da Guia

Guia de Custas Ocasionalis (Processo: 0812000-49.2019.8.15.2003)

 Os valores apresentados em reais podem sofrer alteração conforme a mudança no valor da UFR

Dados Gerais

Tipo da Guia:

Custas Ocasionalis de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita

Processo:

[0812000-49.2019.8.15.2003](#)

Número de Parcelas:

1x

Valor Total (Sem desconto):

R\$ 1.245,71 (24,18385 UFR)

Desconto:

R\$ 0,00 (0 UFR)

Valor Final (Com desconto):



R\$ 1.245,71 (24,18385 UFR)

Componente	Valor
Custas Judiciais 1º Grau	R\$ 1.030,20 (20 UFR)
Taxa Judiciária	R\$ 202,50 (3,93128 UFR)
Despesas Postais	R\$ 13,01 (0,25257 UFR)

[Voltar](#)

[Emitir Guia](#)



PROCESSO NÚMERO - 0812000-49.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [SEGURO]

AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO

Advogado do(a) AUTOR: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA - PB21549

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu os benefícios da justiça gratuita.

No caso dos autos, o autor é vigilante e declarou não dispor de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, juntando aos autos cópia de sua CTPS (ID 28167837); já o valor das custas processuais (ID 28167838) é de R\$ 1.245,71 (um mil, duzentos e quarenta e cinco reais e setenta e um centavos).

Com efeito, tal afirmação feita pelo promovente goza de presunção de veracidade e somente pode ser afastada mediante prova inequívoca em contrário. Portanto, se mostra possível, no caso vertente, a concessão da assistência judiciária gratuita.

Assim, os elementos constantes nos autos demonstram condições pessoais suficientes para o deferimento da gratuidade judiciária ao suplicante, razão pela qual DEFIRO O BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA à parte autora, nos termos do art. 98, do CPC.

Por outro lado, o art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

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

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

A experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

De outra banda, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

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



Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito



PROCESSO NÚMERO - 0812000-49.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [SEGURO]

AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO

Advogado do(a) AUTOR: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA - PB21549

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu os benefícios da justiça gratuita.

No caso dos autos, o autor é vigilante e declarou não dispor de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, juntando aos autos cópia de sua CTPS (ID 28167837); já o valor das custas processuais (ID 28167838) é de R\$ 1.245,71 (um mil, duzentos e quarenta e cinco reais e setenta e um centavos).

Com efeito, tal afirmação feita pelo promovente goza de presunção de veracidade e somente pode ser afastada mediante prova inequívoca em contrário. Portanto, se mostra possível, no caso vertente, a concessão da assistência judiciária gratuita.

Assim, os elementos constantes nos autos demonstram condições pessoais suficientes para o deferimento da gratuidade judiciária ao suplicante, razão pela qual DEFIRO O BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA à parte autora, nos termos do art. 98, do CPC.

Por outro lado, o art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

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

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

A experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

De outra banda, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

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



Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito

