



21/08/2020

Número: **0000849-87.2013.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **24/09/2013**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO OLIMPIO DOS SANTOS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33479831	21/08/2020 14:38	2744302_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



**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

327.615.974-00

Nome completo da vítima

Francisco Olimpio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francisco Olimpio dos Santos	CPF titular da conta	327.615.974-00	Profissão	agricultor
Endereço	Sítio Riocho da Reposa	Número	510	Complemento	
Bairro	Zona rural	Cidade	Nova Palmeira	Estado	PI
Email		CEP	58.184-000	Telefone (DDD)	(31) 99912-5490

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: <input type="text"/> NRO: <input type="text"/> AGÊNCIA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (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.

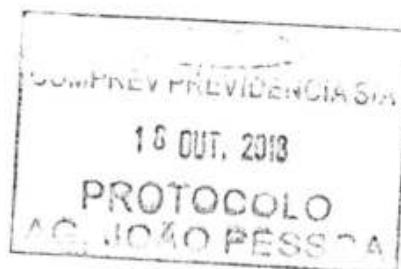
Picuí - PB, 15 de Outubro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Nº. 648 / 2018.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 23 / julho / 2018 **HORAS:** 7:00h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

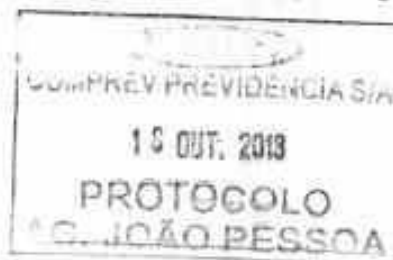
Notificante/Vítima:

João Salviano do Nascimento, natural de Curral Velho-PB, Casado, Vigia, nascido no dia 31.07.73, filho de Manoel Alves do Nascimento e Marina Salviano do Nascimento, RG 1.579.981/SSP/PB e CPF 853.171.874-00, residente na R. Quiteria Pinto Brandão nº.25 centro Boa Ventura/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, regressava do seu trabalho em Itaporanga para sua residência, pela Rod.PB386, conduzindo, digo no CARONA da motocicleta YAMAHA/YS150 FAZER ESD, cor branca, ano 2014/2015, placa NQJ-5541/PB e chassi 9C6KG0650F0025600, em nome de PAULO LEITE DE SOUSA e conduzido na ocasião por JOSE WILLIAMS RODRIGUES CANDIDO e nas imediações do Sítio Boa Sorte, área rural de Boa Ventura-PB, colidiu com um cachorra que atravessou a pista, sendo o Notificante socorrido pelo samu para o Hospital de Itaporanga-PB, onde recebeu atendimento hospitalar.



ITAPORANGA/PB, 20 DE set. DE 2018.

João Salviano do Nascimento
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

[Assinatura]
100.000.000.000
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL
CAMPUS DE CARANGA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOÃO SALVIANO DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

853.171.874-00

Data do Acidente

23/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

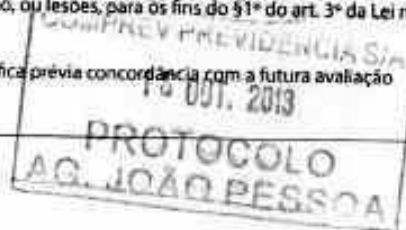
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura de 26 de setembro de 2018
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DA UNIDADE: 2341204 CGC/CNPJ: 08.778.268/0018/09
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA
RUA OSWALDO CRUZ, 183
PIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

3: JOAO SALVIANO DO NASCIMENTO

DT: PARDA

C: 31/07/1973 Idade: 44 ano(s) mês(es) de idade dias(s) de idade Sexo M

MARINA SALVIANO DO NASCIMENTO

Mo: VIRGIA

Co: RUA QUITERIA PINTO BRANDAO

CENTRO

40-UF: CEP - IBGE: BOA VENTURA - PB - 58993000 - 250210

e para contato (83) 8735-8517

CMS:

Hora da impressão da ficha: 23/07/2018 07:32:13

SSVV

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

João Salvo
João Salvo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE - (TIPOS)

10 OUT, 2013

PROTÓCOLO

ACOLHIDA E RESULTADOS

celso pereira
João

ONISTA: MDY

João

MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS

- 01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA: Hora de atendimento do paciente pelo médico
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

fratura no braço

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA
2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL
RESIDÊNCIA
OUTRO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS; CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

- 1-
2-
3-

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CAPACIDADE

Antonio Nunes de Farias
Antonio Nunes de Farias
CBO

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Rivaldo o Barbosa

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

FRANCISCO OLÍMPIO DOS SANTOS
ST. RUA DO APOSA, 59N - ÁREA RURAL
NOVA PALMEIRA / PO CEP 58194000 (AG. 90)
Emissão: 14/09/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 220, Km25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-68
Roteiro: 8 - 82 - 894 - 1640 Nº medidor: 00008270286



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.920-1
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 010.900.953
Cód. para Dth. Automática: 9001403723

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RAN

Ago / 2018 14/08/2018 12/09/2018 327.616.974-00 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1453733-6

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
13/07/18	558	14/08/18	711	1	153	32				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alug. Icos (R\$)	Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Colheita (R\$)		
				1	2	3	4	5		
		153,000	0,739080	113,08	113,08	27	30,53	113,08	1,23	5,84
				11,43	11,43	27	3,08	11,43	0,12	0,57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PÚBLICA			5,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 07/2018			0,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2018			3,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	COMP. INDICADOR-DIC TRIMESTRAL 09/2018			-0,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			1,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 134,96 124,51 32,81 124,51 1,26 6,21

Média últimos meses (kWh) 143

VENCIMENTO 21/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 134,96

Histórico de Consumo (kWh)

136	123	118	148	126	144	140	167	139	155	143	178
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

bd4d.36ea.eddd.2419.6fbf.4e77.a615.3c65.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Para Paraíba

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 11,01	3,08	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 22,03		
DIC ANUAL 44,07	2,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL 7,52	1,85	LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL 15,04		
FIC ANUAL 30,09		
CMC 5,98		
CMC 18,80		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	29,97	21,5
Compra de Energia	41,90	30,9
Serviços de Transmissão	4,44	3,3
Encargos Setoriais	9,03	6,7
Impostos Diretos e Encargos	52,26	38,5
Outros Serviços	0,00	0,0
Total	136,60	100,0

Valor de EUSD (Ref. 6/2016) R\$ 38,70

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPROV. PREVIDENCIA S/A

18 OUT. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF**².

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 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 NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO OLÍMPIO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 327615974 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALENDEZ da Vítima FRANCISCO OLÍMPIO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 327615974 / 00, 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.

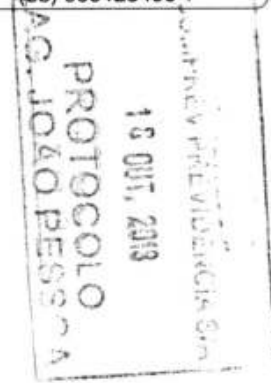
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número 145	Complemento casa
Bairro JK	Cidade Picui	Estado PB	CEP 58187-000
Email nilotdantas@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (83)33712274	Telefone celular (DDD) (83) 999125490

Picui/PB 15 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Nilô Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





64
Jul



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"



20
Cam

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a)
Francisco Olimpio Dos Santos portador(a)
da identidade RG 633.095, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, submetido(a)
a trat. ortopedico, portador da patologia
CID-10 M54.1, devendo permanecer afastado(a) de
suas atividades laborativas por um período de 08
(oito) dias, a partir desta data.

Picuí, PB. 23 nov. 2010

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

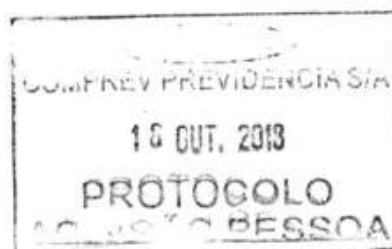
AUTORIZAÇÃO

Eu, Francisco Olimpio Dos Santos autorizo o(a)
Dr. (a) Alberto Rodrigues Oliveira, a registrar o
diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado
médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 633.095 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/05/2016

NOME FRANCISCO OLÍMPIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ OLÍMPIO DOS SANTOS
ROSA TERESA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE NOVA PALMEIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 14/05/1952

DOC ORIGEM CASAM N.4612 FLS.223 LIV.19
CARTÓRIO PICUI PB

CPF 327.615.974-00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/08/2020 14:38:54

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-088

NAO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

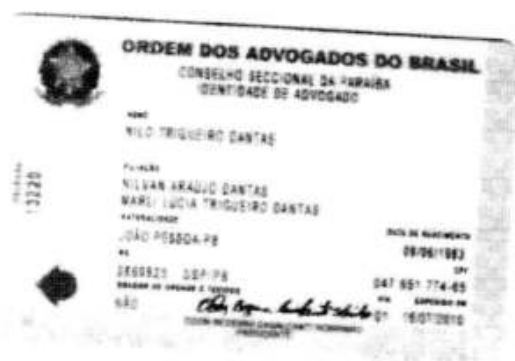
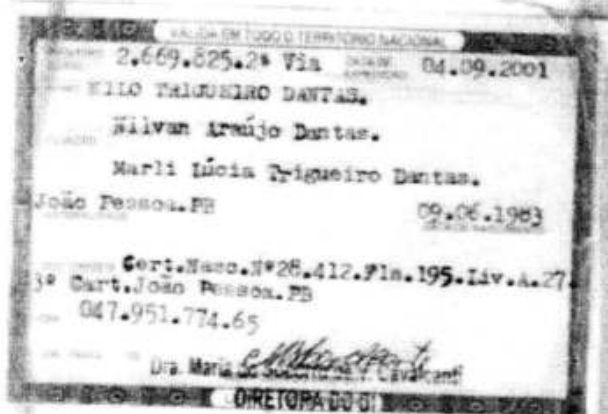
COMPREV PREVIDENCIA S/A

16 OUT. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE PICUI
Vara Única

Processo nº: 0000849-87.2013.815.0271

DESPACHO

Vistos etc.

Em cumprimento à decisão de fls. 81/88, intime-se a parte promovente para, no prazo de 30 (trinta) dias, dar entrada no pedido administrativo, juntando-se aos autos cópia do requerimento administrativo e prova de seu protocolamento com o respectivo número¹.

Cumpra-se.

Picuí, 5 de março de 2018.

ANYFRANCIS ARAÚJO DA SILVA
Juiz de Direito



DATA
Nesta data recebeu os presentes do MM. Juiz de Direito.
Picuí, 06/08/2018.
Analista/Técnico(a) Judiciário(a)

¹ APELAÇÃO Nº 0000844-65.2013.815.0271. ORIGEM: GAB. DO DES. RELATOR. RELATOR: Des. Jose Ricardo Porto. APELANTE: Ariosvaldo Rodrigues de Lima Junior. ADVOGADO: Nilo Trigueiro Dantas. APELADO: Seguradora Lider dos Consorcios Dpvt S/a. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE EM VIRTUDE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. APELAÇÃO. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EXARADO EM SEDE DE REPERCUSSÃO GERAL. REGRA DE TRANSIÇÃO. AÇÃO AJUIZADA ANTES DO JULGAMENTO DO ARESTO PARADIGMA. ANULAÇÃO DA SENTENÇA E SOBRESTAMENTO DO FEITO. NECESSIDADE DE INTIMAÇÃO DO AUTOR PARA CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO Nº 631.240. PROVIMENTO PARCIAL DA IRRESIGNAÇÃO. - Esta corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao poder judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do estado só se caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo plenário da corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do re 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso. (STF Re: 839.353 MA, relator: Min. Luiz fux, data de julgamento: 04/02/2015, data de publicação: DJE-026 divulg. 06/02/2015 e public. 09/02/2015). - (z) Tendo em vista a prolongada oscilação jurisprudencial na matéria, inclusive no Supremo Tribunal Federal, deve-se estabelecer uma fórmula de transição para lidar com as ações em curso, nos termos a seguir expostos. 6. Quanto às ações ajuizadas até a conclusão do presente julgamento (03.09.2014), sem que tenha havido prévio requerimento administrativo nas hipóteses em que exigível, será observado o seguinte: (i) caso a ação tenha sido ajuizada no âmbito de Juizado Itinerante, a ausência de anterior pedido administrativo não deverá implicar a extinção do feito; (ii) caso o INSS já tenha apresentado contestação de mérito, está caracterizado o interesse em agir pela resistência à pretensão; (iii) as demais ações que não se enquadrem nos itens (i) e (ii) ficarão sobrestadas, observando-se a sistemática a seguir. 7.



09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NILO ARAÚJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP 58.187-000 PICUI-PB



2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

ESTADO DA PARAÍBA
2º TABELIONATO DE NOTAS - Nilo Araújo Dantas
COMARCA DE PICUI
CNPJ nº 09.285.685/0001-34
Marlene Macedo de Araújo - 2ª Tabeliã Pública
Praça João Pessoa, 26, Centro Picuí - PB CEP: 58.187.000
Fone/Fax: (83) 3371-2919 - Email: cartoriopicui@hotmail.com

PROCURAÇÃO

Livro: 47
Folha(s): 98 à 98v
1º TRASLADO

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: FRANCISCO OLÍMPIO DOS SANTOS

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que no ano de nascimento de nosso Senhor Jesus Cristo aos DEZ (10) dias do mês de OUTUBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Picuí, Estado Paraíba, situado na Praça JOÃO PESSOA, número 26, Bairro CENTRO, neste cartório, perante mim **ESCREVENTE** compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o **Sr. FRANCISCO OLÍMPIO DOS SANTOS**, brasileiro, aposentado, casado, nascido em 14/05/1952, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 633.095 - 2ª VIA, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 327.615.974-00, filiação: JOSÉ OLÍMPIO DOS SANTOS e ROSA TERESA DA CONCEIÇÃO, residente e domiciliado na(o) Sitio RIACHO DA RAPOSA, ZONA RURAL, no município de Nova Palmeira, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por SER ANALFABETO, assinando a rogo a **Sra. DAMIANA MARQUES DE OLIVEIRA ARAUJO**, brasileira, do lar, solteira, maior, nascida em 18/04/1980, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.376.454, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 071.128.494-62, filiação: EUCLIDES MARQUES DE OLIVEIRA e SEBASTIANA BORGES DE OLIVEIRA, residente e domiciliada na(o) Rua GERSON MENDONÇA, número 11, Bairro CENTRO, na cidade de Nova Palmeira, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento.

Reconhecido como o próprio por mim **ESCREVENTE** pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) o **Sr. NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.669.825, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220 e na OAB-RN sob nº. 834-A, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0**83) 3371-2274, a quem concede poderes para representar-lhe perante qualquer uma das SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, uma vez que o(a) outorgante foi vítima de acidente de motociclístico/automobilístico, podendo o dito procurador fazer requerimentos, preencher e assinar qualquer Formulário/documento de Autorização de Pagamento/crédito de Indenização de Sinistro Dpvat e



09.285.685/0001-34
2º CARTÓRIO DE NOTAS
NILO ARAUJO DANTAS
Praça João Pessoa, 26 Centro
CEP 53.187-003 PICUI-PA

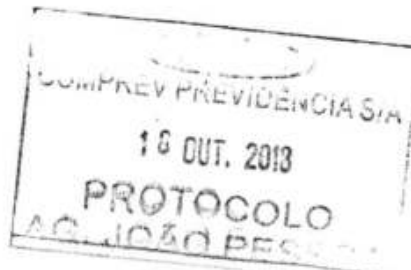
2º TABELIONATO PUBLICO
LUCIANO ITALLO ARAUJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

Declaração de Ausência de Laudo do IML (circular SUSEP 445/12), bem como apresentar documentos exigidos, assinar termos de declarações, guias, dar e aceitar quitação, formulários em geral, receber correspondências, comparecer em qualquer Repartição Pública, ficando esclarecido pelo(a) outorgante que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência. Além de também conferir os poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do código de Processo Civil, podendo confessar, transigir, desistir, receber e dar quitações, firmar compromissos, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais, municipais, e em especial receber em juízo o competente Alvará Judicial que for expedido em favor do(a) outorgante, tendo como prazo de validade o presente instrumento procuratório de três anos a partir desta data. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a) (os) (as) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a) (s) procurador(a) (es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, **LUCIANO ITALLO ARAUJO DANTAS, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho** () da verdade. As.: **DAMIANA MARQUES DE OLIVEIRA ARAUJO**. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 10 de Outubro de 2018, às fls. 98 a 98v. Emolumentos: R\$47,40; Taxa FARPEN: R\$5,14; Taxa FEPJ: R\$8,72; Taxa MP: R\$0,76; Valor Total: R\$62,02, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AEH88289-FVPZ - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Picuí/PB, 10 de Outubro de 2018

LUCIANO ITALLO ARAUJO DANTAS

2º TABELIONATO PUBLICO
LUCIANO ITALLO ARAUJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378746/18

Vítima: FRANCISCO OLIMPIO DOS SANTOS

CPF: 327.615.974-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/11/2010

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO OLIMPIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO OLIMPIO DOS SANTOS : 327.615.974-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 18/10/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

NILO TRIGUEIRO DANTAS

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

