PAIVA & ASSOCIADOS
ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):
Juliano Paulo de Oliveira, brasileiro, solteiro, pedreiro, CPF de Nº 839.282.514-49 RG de Nº 1.761.329 SEDS/PB, residente e domiciliado na Rua Projetada, Nº S/N, bairro Sigueira, na Cidade de Campina Grande-PB, CEP 58.434.990

OUTORGADOS: **RENAN DE CARVALHO PAIVA**, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "***ad juditia et extra***", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 08 de agosto de 2020.

x Juliano Paulo de Oliveira
OUTORGANTE

83 3576-8728 / 98855-1045/ 987088728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
8ª Delegacia Distrital da Capital

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL 8ª DELEGACIA DISTRITAL PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00088.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00088.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:06 horas do dia 18 de agosto de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Julião Paulo de Oliveira**, conhecido(a) por Julião, RG nº 1761329 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Benícia Maria da Conceição e Não Declarado, natural de Pocinhos/PB, nascido(a) em 04/03/1964 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº s/n, bairro Ligeiro, tendo como ponto de referência Posto de Saúde Local., na cidade de Campina Grande/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, nº s/n, Posto de Saúde Local., Campina Grande/PB, bairro Ligeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/02/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo I/Shineray XY 50 , marca Shineray, tipo de veículo motocicleta, cor branca, ano 2013/2014, UF: PB, placa QFR-0244, chassi LXYXCBL02E0265540, renavam 01125946404, características gerais: Cadastrada Em Nome de Angelas Maria F de Castro Almeida.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, na tarde do dia 23 de fevereiro do ano fluente,o Notificante se deslocava na motocicleta já discriminada, objetivando deixar sua esposa no Shoping do centro da cidade de Campina Grande, onde reside e ao retornar para sua residência, precisamente nas imediações do Posto de saúde no bairro de Catolé e, quando da necessidade de livrar um buraco, acionou o freio dianteiro, a motocicleta derrapou, o Notificante perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas de Campina Grande, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado.

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, 18 de agosto de 2020.

EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil

JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 00088.01.2020.1.02.008

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 839.282.514-49

Nome completo da vítima: JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA — CPF: 839.282.514-49

Profissão: PEDREIRO — Endereço: RUA PROJETADA — Número: SIN — Complemento: AP. 302

Bairro: LIGEIRO — Cidade: CAMPINA GRANDE — Estado: PB — CEP:

E-mail: — Tel.(DDD): (83)98805-6654

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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A
AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 10003590 7 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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, JOÃO PESSOA, 25/08/20

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica

Nº 007.223.916

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.083.839-1

DADOS DO CLIENTE

JAISE ISABEL DE QUEIROZ
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/290706-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2020	28/07/2020	78	04/08/2020	R$ 27,38

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/08/2020

Pagador: JAISE ISABEL DE QUEIROZ CNPJ/CPF: 023.839.654-13
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302 - LIGEIRO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002344965	000290706202007	04/08/2020	R$ 27,38	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

3/02/2020

PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2113199 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/02/2020
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA* 54 ANOS* CG SAMU

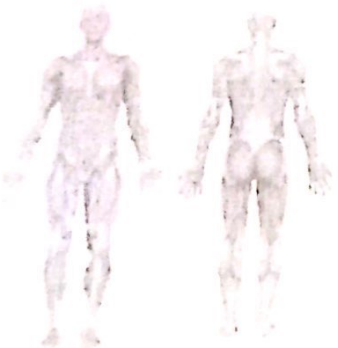
	CEP:	Nascimento:31/12/1969
Endereço:	Sexo:M	Telefone:
Cidade:	Idade:02020	Bairro:
Nome da Mãe:	RG:	Nº:0
Responsável:	CPF:	Profissão:
Estado Civil:	Data de Atend:23/02/2020	CNS:
		CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 16:03:52

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

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. Contusa
15 F. Cortante
16 F. Corto contusa
17 F. Perfuro contusa
18 F. Perfuro cortante
19 Fratura óssea fechada
20 Fratura óssea aberta
21 Hematoma
22 Ingurgitamento Venoso
23 Laceração
24 Lesão tendinia
25 Luxação
26 Mordedura
27 Movimento torácico paradoxal
28 Objeto Encravado
29 Otorragia
30 Paralisia
31 Paresia
32 Parestesia
33 Queimadura
34 Rinorragia
35 Sinais de Isquemia
36

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% **Grau** **( ) 1° Grau** **( ) 2° Grau** **( ) 3° Grau**

DIGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM DOR NA PERNA E DIFICULDADE DE MOVIMENTO EM PÉ (E). APRESENTA-SE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL E SEM DEMAIS ACHADOS AO EXAME FÍSICO.

ALERGIA: Ø

MEDICAMENTOS: Ø

PATOLOGIAS:

RAIO X REALIZADO EM: 23/02/2020

EXAME FÍSICO

PUPILAS **( ) Fotorreagentes** **( ) Isocóricas** **( ) Anisocóricas** **( )** _____

Glasgow 15 **PA**_____ **HGT:**_____ **Sat02**_____

EXAMES SOLICITADOS:

( )Laboratoriais
( )Gasometria arterial
( )Tomografia Computadorizada
( )Ultrassonografia: _____
(x)Radiografias: PÉ E PERNA (E)
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / _____ **às**____:____ **Dia**____/____/____

Especialista: _____ / _____ **às**____:____ **Dia**____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Danilo Carvalho
Cirurgião Geral
Videolaparoscopia
CRM-PB 9969

1/1

HTCG-Painel Administrativo
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (BE) - Modelo 03
Data: 28/02/2020
NOME: Wagner Luiz Egito de Araujo

PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020 **Data da Alta:28/02/2020**

Registro:2113246

Tempo de Permanência:-18316
Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Principais Exames:EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia:OATEOSINTESE **Data:28/02/2020**

Equipe:
Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
Aux 3:
Aux 4:
Anestesista:
Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações:SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MÉDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa::PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 8/8H POR 06 DIAS

Condições de Alta::Melhorado

Data28/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB Data: 27/02/2020
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz

PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 183872 DATA DA CIRURGIA: 27/02/2020

Número do Atendimento: 2113246 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 9 / Leit: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020

Atendimento:2113246

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: O mesmo

Cirurgia:OSTEOSSINTESE **Data da Cirurgia:27/02/2020**

Equipe:
Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
Aux 3:
Instrumentador:KÉCIA
Anestesista:FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM.

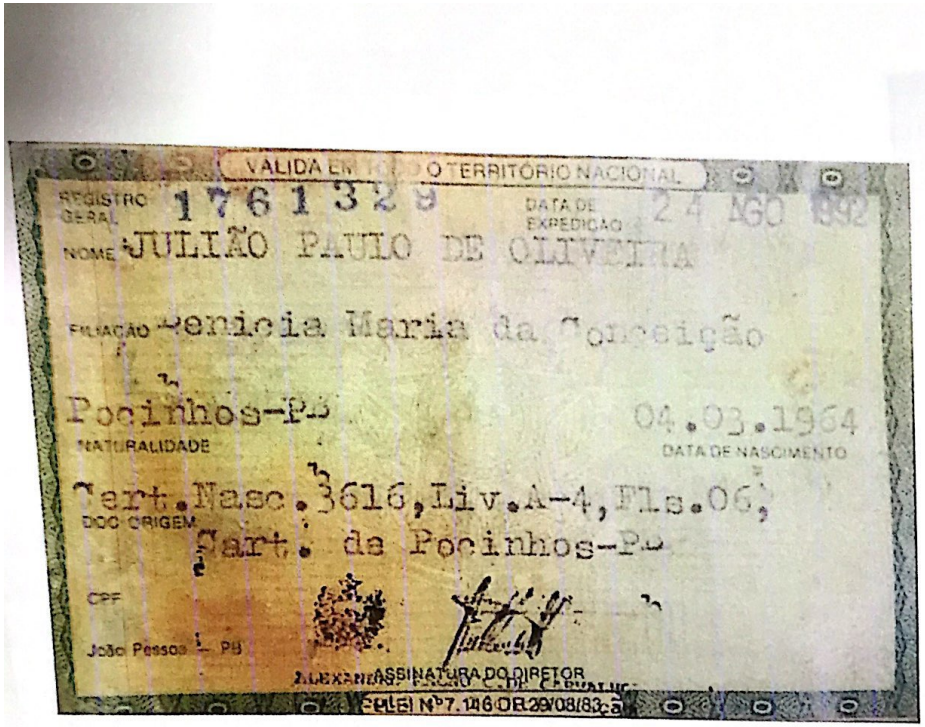
Acidente Durante Operação:NÃO.

Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA TERÇO TUBULAR DE 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS SOB FLUOROSCOPIA;
6. INCISÃO EM FACE MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS \+ HEMOSTASIA;
7. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
8. OSTEOSSÍNTESE COM 1 PARAFUSO ESPONJOSO ROSCA PARCIAL + 1 ARRUELA SOB FLUOROSCOPIA;
9. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 27/02/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-PB 9207



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1761329

DATA DE EXPEDIÇÃO 24 AGO 1992

NOME JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO Benicia Maria da Conceição

Pocinhos-PB

NATURALIDADE

04.03.1964

DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.3616,Liv.A-4,Fls.06,

DOC ORIGEM

Cart. de Pocinhos-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

ALEXANDRE PAULO C. DE CARVALHO

PORTARIA Nº 7.146 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.12

ANALFABETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SINISTRO 3200309909 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JULIAO PAULO DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO JULIAO PAULO DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 83928251449

Posição em 09-09-2020 16:26:56

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/09/2020	R$ 1.687,50	R$ 0,00	R$ 1.687,50

Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível de Campina Grande

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone: (83)3310-2439

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Processo nº 0817095-18.2020.8.15.0001

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, independentemente de termo de compromisso, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a) i**ntimem-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Deve a perita declarar, acaso solicitada, a presença ou ausência do periciando ao ato da perícia, informando data e hora, além da presença de acompanhante.

O advogado tem o dever de comunicar ao periciando a data, local e horários da perícia designada, sob pena de, não realizada a perícia por não comparecimento da parte sem justa causa comprovada nos autos, julgar-se o processo no estado em que se encontra.

Depositado o laudo em juízo:

- Intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 15 (quinze) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

- Expeça-se ofício para transferência dos honorários periciais/Expeça-se alvará dos honorários periciais.

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito