

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

MANA DE FÁTIMA ALVES DOS SANTOS, Brasileira, casada, APOSENTADA, inscrita no RG. 1.057.323, portadora do CPF: 504.101.724-72, residente e domiciliada à RUA. FREDERICO CRUZ, 281, AURORA, JOÃO PESSOA - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, Ruy Neves Amaral da Rocha, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 23.263 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 iudicia 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 laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, 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.**

João Pessoa - PB, 10 de Agosto de 2018.

Maná de Fátima Alves dos Santos
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98855-1045 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned with CamScanner





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00026.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00026.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:22 horas do dia 10 de janeiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria de Fátima Alves dos Santos**, conhecido(a) por Fátima, CPF nº 504.101.724-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Aposentada, filho(a) de Rosa Adélia Alves e Severino Alves de Matos, natural de Pombal/PB, nascido(a) em 13/02/1960 (58 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Frederico Chopin, Nº 281, complemento CASA, bairro Roger, tendo como ponto de referência Próximo a Oficina São Pedro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Gouveia Nóbrega, nº S/N, Via Pública, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/08/18 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: **LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Objeto(s) Envolvido(s):

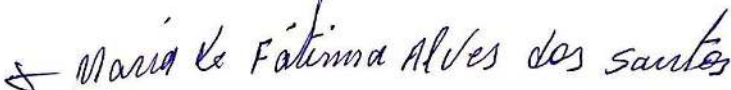
(1) Moto, características gerais: Não Identificada

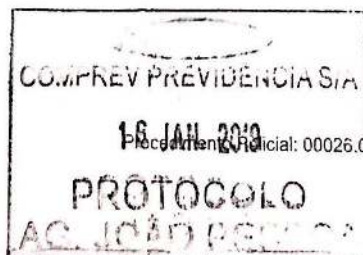
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA GOUVEIA NÓBREGA NO BAIRRO DO RÔGER NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E NEM O CONDUTOR, E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ATROPELAMENTO SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE SOCORRO A DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY (TRAUMINHA) NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO VALDEBAN CARVALHO JUNIOR, C.R.M.: 7692/PB.

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 verdadeira. Dou fê.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 150748 Atd: Nao Regula
Data: 03/08/2018
Hora: 22:34:32
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA FATIMA ALVES DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.000460

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988619011

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/02/1960 Id: 58 ano(s)

End.: RUA FREDERICO CHOPIN, 281

Bairro: ROGER Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSA DELIA ALVES DOS SANTOS

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSO - JOSE LOURENCO

Tr. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

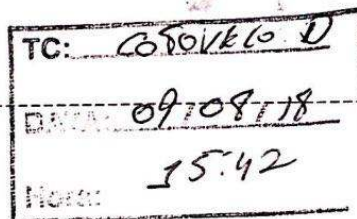
Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:

FR:

EC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

FRATURA EXPOSTA EM MSD

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

SIC NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

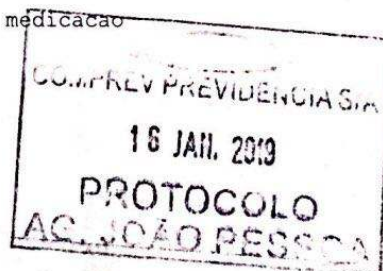
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao



Scanned with CamScanner





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: M^{re} de Fatima Alves Santos Data da Admissão: 31.8.18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____
QPD: Fx dos ossos de cintura (torção)
HDA: Pt. trauma de quadril de modo com queixas de dores na coxa e D.
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Mela [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

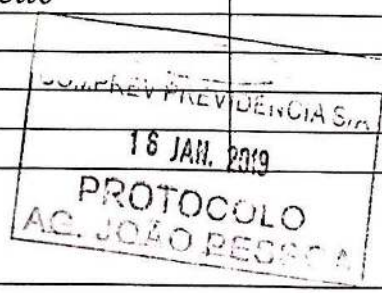
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

15 JAN. 2019

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

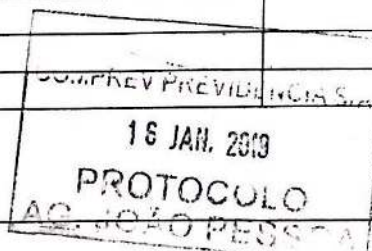
Scanned with CamScanner



Nome: MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS				Registro:	
Idade: 58 ANOS	Sexo: F	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 17/08/2018			Cirurgião: DR FIDIAS		
1º Assistente: DR FELIPE BEZERRA			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura da cabeça do rádio direito</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese da cabeça do rádio direito</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Nome: MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS.				Registro:	
Idade: 58 ANOS	Sexo: F	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 17/08/2018			Cirurgião: DR FIDIAS		
1º Assistente: Dr. Fellipe Bezerra			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura do Olecrânio					S52.0
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Osteossíntese do Cotovelo					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral sob anestesia
Realizado garroteamento de membro superior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
Incisão em região posterior de cotovelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Acnados:

Visualização de fratura da cabeça do rádio

Conduta:

Realizada redução de fragmentos ósseos
Fixação de fragmentos com ósseos com placa em T 5 furos.
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

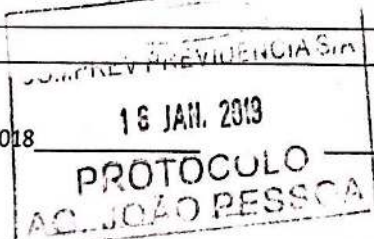
Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Retirada de garrote de membro superior
Observada boa perfusão periférica
Tala axilopalmar gessada

OBS:

P+ Trocar tala amendo (1 dedo polegar)

Data: 17/08/20018



CRM 11.126
MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 58 A	SEXO FEM	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 32	LEITO 436
DATA DE ADMISSÃO: 03/08/2018		DATA DE ALTA 19/08/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Olecrânio e cabeça de rádio</i>				CID S52.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de olecrânio e cab. Do rádio</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do olecrânio e cabeça de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placa e parafuso. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

POUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, Analgésicos

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. Dr. FDBAS

18 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

19/08/2018

DATA

19 AGO. 2018
ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____ [] HTF
Cirurgias: _____
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____
Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Lx do couro cabeludo*

Hipóteses Diagnósticas: *Lx de esclerose e calvície*

Conduta: *Intenções de tratamento*

16 JAN. 2019

PROTÓCOLO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duade, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

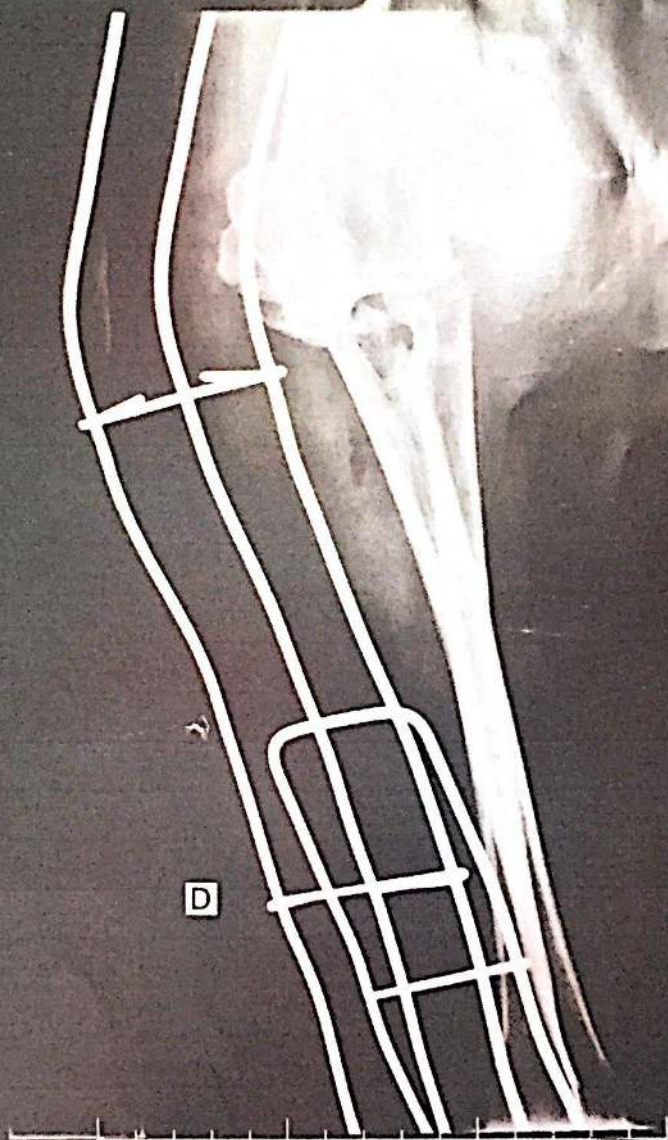
Dr. Valdeon Carvalho
Méd. em Ortopedia
CRM/PB - 7697

03 AGO. 2018

+ Pacella



0000070665



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS ID: 000000070665
03.08.2018 IDADE: 58 SEXO: F
TECNICO: Hora: 16:21:30

16 JAN 2019
PROTOCOLO

Scanned by CamScanner

Scanned with CamScanner





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a Sr.(a) Neu F. Costa portador(a) da identidade RG 552.1 / 552.2 que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 90 horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.1 / S52.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 dias, a partir desta data.

Dr. João Pessoa, 31/08/16
TEOR
GRUPO 552.1
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, 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

Rua Ag. Flor de Cereja Duque, 544, CEP 55070-000, Mangabeira II, João Pessoa - PB, 55070-000

18 JAN. 2019

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.057.323-89 Via DATA DE EXPEDIÇÃO 21 DEZ 2004

NOME MARIA DE FÁTIMA ALVES DOS SANTOS

Severino Alves de Matos

FILIAÇÃO Rosa Adelia Alves

Pombal PB 13.02.1960

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Casm. 25483-Fls. 467.Liv. 48.

Cart. J. Pessoa PB.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDENCIA SIM

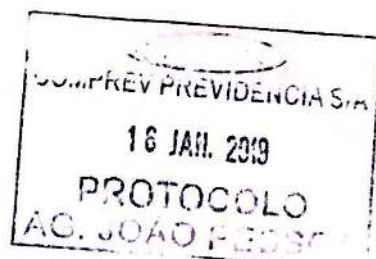
16 JAN. 2019

PROTOCOLO

AO. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



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: 504.101-724-72 Nome completo da vítima: Maria de Fátima Alves dos Santos

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

Nome completo: Maria de Fátima Alves dos Santos CPF: 504.101-724-72
Profissão: Doméstica Endereço: Rua Frederico Chapin Número: 281 Complemento: Casa
Bairro: Árger Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58020-120
E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 98708-8728

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

DADOS CADASTRAIS
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: 0036 **CONTA:** 224243 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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 em da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: João Pessoa, 16/01/2018
Nome: _____
CPF: _____

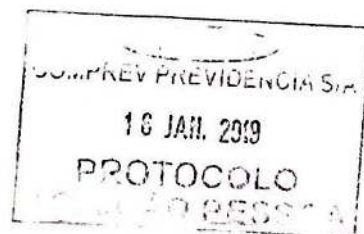
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Maria de Fátima Alves dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | 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.



MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS
RUA FREDERICO CHOPIN, 281 - ROGER
JACAO PESSOA / PE CEP: 55020-120 (AG: 1)

Emissão: 14/08/2018 Referência: Ago / 2018
C/asse/Sucesso RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - C/elo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-690
Ftelo: 6 - 1 - 22 - 4320 Nº medidor: 00000257921



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - C/elo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-690
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 1º 010 865 885
Cód. para Déb. Automático: 00002790765

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	14/08/2018	12/09/2018	604.101.724-72

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/279075-6**

Canal de contato

Anterior		Constante		Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		
12/07/18	41742	14/08/18	41872	130	32

SINISTRO 3190037427 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

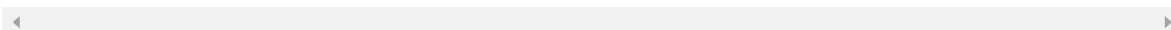
BENEFICIÁRIO MARIA DE FATIMA ALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 50410172472

Posição em 29-01-2019 15:31:36

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO] 0803131-06.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Assumi jurisdição exclusivamente em fevereiro de 2017.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 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.

Em que pese o texto legal, 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 experiência prática demonstra que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação** nesta fase processual.

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Após, agende-se audiência para realização de perícia.

Ultimadas as providências anteriores, retornem-me os autos conclusos.



João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito

