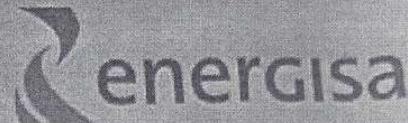


ORRANEIS NUNES PADILHAS  
RUA ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO, 88 - VALENTINA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58084-070 (AG: 5)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°023 652 353  
Cód. para Déb. Automática: 00004029492

Ligação: MONOFÁSICO  
Clf/Sbc: RES/ITC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 12 - 5 - 550 - 2230 Referência: Abr / 2019  
Medidor: 00001221098 Emissão: 18/04/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Abr / 2019

18/04/2019

20/05/2019

161.889.694-68

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/402949-2

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 23 de julho de 2009,  
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamen-  
tos regulares de energia elétrica desta unidade  
consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos ante-  
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação  
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-  
tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano  
a que se refere, e dos anos anteriores.  
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

Anterior	Data	Leitura	Atual	Data	Leitura	Constante		Consumo	Dias
						1	144		
20/03/19	28363		18/04/19	28507					29
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	Base Calc. Pis(R\$)	Colis.		
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Colis(R\$)	(1,0345%)/4,99%		
0601	Consumo em kWh	144.000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21	123,03	1.33
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		4,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,0
	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA								



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04229.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04229.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:24 horas do dia 17 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Orlanez Nunes Padilhas**, CPF nº 161.889.694-68, RG nº 1489920 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Aposentado, filho(a) de Carolina Justino dos Santos e Rivaldo Nunes Padilha, natural de Recife/PE, nascido(a) em 10/02/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Adalberto Florentino de Castro, Nº 88, complemento Casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital do Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98865-4290.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Na Br do Município de Camalaú, Camalaú/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/17 04:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

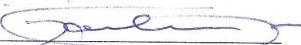
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

O noticiante informa, que no dia 28/08/2017 às 04:40 da manhã, saiu da cidade de Camalaú-PB em direção a João Pessoa-PB acompanhado de sua esposa, Sra. Antonizete Pereira da Costa, e mais 2 amigos; que o mesmo conduzia o veículo, modelo Fox de marca Volkswagen, de Placa: OFA - 8348. Informa que ao entrar na Rodovia, colidiu com um veículo que vinha na mesma, sendo o referido veículo de modelo veraneio da marca Chevrolet. Que os passageiros do Fox ficaram aguardando aproximadamente por 40 minutos a chegada da ambulância no acostamento; Que quando a ambulância chegou o condutor do veículo e os demais passageiros foram removidos para o Hospital da cidade de Sumé - PB. Que ao chegar no referido hospital os responsáveis pelo mesmo informaram que devido a gravidade das lesões do condutor o mesmo teria que ser removido para cidade Campina Grande-PB, sendo assim, direcionados todos os passageiros para Campina Grande - PB, onde receberam os primeiros atendimentos e foram constatadas fraturas.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2019.

  
ADONIS COELHO REGADAS  
Agente de Investigação

  
ORLANEZ NUNES PADILHAS  
Noticiante

Procedimento Policial: 04229.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420852900000025633343>  
Número do documento: 19112616420852900000025633343

Num. 26543497 - Pág. 1

Clinico

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS



ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PRONT (B.E) Nº:1494530

CLASS.

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: 28/08/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Andreza Da Silva Araujo

Nascimento: 10/02/1958

CEP: 58010000

Sexo: M

Telefone: 88085271

Bairro: VALENTINA

Nº: 88

Profissão: APOSENTADO

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/2017

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend:

28/08/17

CNS: 704109449840950

CONVÉNIO: SUS

Hora: 07:41:14

Especialidade:

CRM:

RG:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nun - 28/08/17: 09:04  
Reunión con histórica de TCE,  
para tratar de perder la comisión  
de los monitores.

IEC 61415-10

FCC Parishital (E).

Sam Jellicoe was consulting

Si se pierde una conexión entre los dispositivos.

CD: (Osc. Nernst)

28/09/12

~~Orthopedics~~

Este libro de trama (en tres de Chaucer (2) (señales) - siendo imponente y diverso reflejo de Inglaterra.

四

( )Centro cirúrgico

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

ESTAMPA DE FESTA  
do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:



# GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## **Ficha de Acolhimento**

Nome: <u>Orraneis Nunes Paolilloas.</u>	
End: <u>R: Adolberto Florentino de Castro,</u>	Bairro: <u>88 - João Pessoa</u>
Data de Nascimento: <u>20/02/1958.</u>	Documento de Identificação: <u>P.B.</u>
Queixa: <u>Ac. Cava</u>	Data do Atend.: <u>28/08/19</u> Hora: <u>7:34</u> Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## Classificação de Risco

<b>Nível de consciência:</b> ( <input type="checkbox"/> ) Bom ( <input type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Baixo	<b>Aspecto:</b> ( <input type="checkbox"/> ) Calmo ( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de dor ( <input type="checkbox"/> ) Gemente
<b>Frequência respiratória:</b>	<b>Frequência cardíaca:</b>
<b>Pressão arterial:</b>	<b>Temperatura axilar:</b>
Dosagem de HGT:	<b>Mucosas:</b> ( <input type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Pálida
<b>Deambulação:</b> ( <input type="checkbox"/> ) Livre ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Maca	

Oliver

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

## Estratificação

MOD 110

76 ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
77 ) ~~AMARELO~~ - atendimento ambulatorial  
78 ) ~~AMARELO~~ - ENFERMEIRA DIURNA  
79 ) ~~AMARELO~~ - COREN-PR

## **Assinatura e carimbo do profissional**





Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420993500000025633344>  
Número do documento: 19112616420993500000025633344

Num. 26543498 - Pág. 4



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

**PACIENTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS**

**DATA DO EXAME: 28.08.2017**

**RADIOGRAFIA DE OMBRO**

- Fratura do terço médio da clavícula.

**RADIOGRAFIA DE TÓRAX**

- Fraturas de arcos costais esquerdos.
- Redução da transparência pulmonar à esquerda.
- Obliteração do seio costofrênico esquerdo (hemotórax).

**30**

**RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL**

- Coluna cervical sem alterações relacionadas a mecanismo traumático evidentes ao método.
- Sinais de espondilose cervical.

  
Dr. Arquimedes A B lira  
CRM/PB: 7197

Dra. Míriam Albino  
CRM/PE 6435

Dra. Marcella Farias  
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda  
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia  
CRM/PB: 6101



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420993500000025633344>  
Número do documento: 19112616420993500000025633344

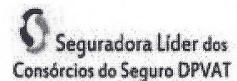
Num. 26543498 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420993500000025633344>  
Número do documento: 19112616420993500000025633344

Num. 26543498 - Pág. 6

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19

Número do Sinistro: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF: 161.889.694-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2017

ORRANEIS NUNES  
PADILHAS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00**

Declaração Circular SUSEP 445/12

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019  
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO  
CPF: 067.056.964-00

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

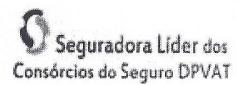
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19

**Vítima:** ORRANEIS NUNES PADILHAS

**CPF:** 161.889.694-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/08/2017

**Titular do CPF:** ORRANEIS NUNES PADILHAS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00**

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

**ORRANEIS NUNES PADILHAS : 161.889.694-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

*Sinistro nº 3190328483*

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2019  
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO  
CPF: 067.056.964-00

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PB N° 013221590392  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA D.R.F. 20170000285207 EXERCÍCIO  
1 0034783690-9 00/00000000 2017  
NOME  
ORRANEIS NUNES PADILHAS  
CPF / CNPJ 16188969468 PLACA OFA8348/PB  
PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9BWAB45Z7C4056436  
ESPECIE TIPO PAS/AUTOMÓVEL/ COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL  
MARA / MODELO VW/FOX 1.6 PRIME GII ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012  
CAP / POT / CIL 5 P/104 /CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA  
COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1<sup>a</sup>  
FAIXA I.P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2<sup>a</sup>  
A \*\*\*\*\* 0 3<sup>a</sup>  
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* \* SEGURADO PAGO 31/07/2017  
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
0  
JOAO PESSOA-PB DATA 31/07/2017  
42692   
Agamenon Vieira da Silva  
Dir. Exec. Superintendente - DETAN/PB

CONTAN

Turma/Cidade/Sua

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013221590392 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 31/07/2017  
VIA 16188969468 PLACA OFA8348/PB  
RENAVAM 00347836909 MARCA / MODELO VW/FOX 1.6 PRIME GII  
ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 1 N° CHASSI 9BWAB45Z7C4056436  
PRÉMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) SEGURADO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO  
PAGAMENTO  
S COTA ÚNICA PARCELADO  
31/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

761-1110353-20170731

31/07/2017





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ORRANEIS RUIVES PADILHAS EXPEDIDO POR SSP/PE EM 05/07/1976 E  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3489920 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO APOSENTOADO  
CPF 061009694-68 / RENDA MENSAL DE R\$ 1.951,64 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA  , AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 144.958-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO,  
DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA, 03 de AGOSTO de 2018 + Orlaneis Nunes Filho  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente  
e a indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ORRANEIS NUNES PACHECO, portador da carteira de identidade nº 1489920SSLPE e inscrito no CPF nº 161889694-68, residente e domiciliado na RUA ADALBERTO FLORENTINO DE CARVALHO, 88, VALENTINA I, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Orraneis Nunes Pacheco  
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 03 DE AGOSTO 2018  
Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,  
RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,  
Órgão SSL PE, CPF nº 361889694-68, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu  
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ADALBERO FLORENTINO DE CHAVES</u>
Número	<u>88</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SALENTOINA I</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58064-070</u>
Telefone de contato	<u>(83) 9 8803-5547</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/08/2018.

Orlaneis Nunes Padilhas  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,  
RG nº 14 899 920, data de expedição 05/07/1976,  
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 161 889 694-68,  
com Domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ADALBERTO FLORENTINO  
DE CASTRO nº 88, complemento, VALENTINA I, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
, cujo o condutor  
era

Veículo.....: FOX  
Ano.....: 2011  
Modelo.....: 2012  
Placa.....: 0FA 8348 / PB  
Chassi.....: 9BWAB45F7C4056436  
Data do acidente.: 28-08-2017

Local e data: JOÃO PESSOA, 03-08-2018

 X Bartório Azevedo Bastos  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

 X Orlaneis Nunes Padilhas  
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELLIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.620-0-01  
Av Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dois Irmãos - João Pessoa/PB - CEP 58030-400 | www.azevedobastos.not.br | Tel: (83) 3244-5004 | Fax: (83) 3445-0111

Reconheço por Semelhança a assinatura de  
**ORRANEIS NUNES PADILHAS**  
, a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.  
João Pessoa, 03 de Agosto de dois mil e dezoito  
Em Teste \_\_\_\_\_ da verdade.  
Rubevânia Cristina Costa dos Santos, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12:13)  
Selo Digital de Fiscalização - Tipo: AHH97612-2D8A  
Endereço do site: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ORRANEIS NUNES PADILHAS  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSAO:** APRESENTADO **Nº DO RG:** 1489920  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP/PE **DATA DE EMISSÃO:** 05/07/1976  
**Nº CPF:** 161.889.694-768 **ENDEREÇO:** R. ADALBERTO FLOREÂMIO  
DE CASTRO, 88 VILA VAI VAI JOÃO PESSOA, PB

**OUTORGADO:** JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSAO:** DEJOGARO **Nº DO RG:** 3194353  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP/PE **DATA DE EMISSÃO:** / /  
**Nº CPF:** 061.056.964-00 **ENDEREÇO:** Av. MAXIMILIANO Figuei-  
redo, 154, CENTRO 5005 PESSOA - PB.

### **PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário \_\_\_\_\_, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA, 03 de AGOSTO de 2018.

*Cartório Azevedo Bastos*  
x Orlaneis Nunes Padilhas

Assinatura

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

**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURNAS E TABELOONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dos Estados - João Pessoa/PB - CEP 59030-000 - [www.azevedobastos.not.br](http://www.azevedobastos.not.br) - Tel.: (83) 3244-5404 - Fax: (83) 3224-3000

Reconheço por Semelhança a assinatura de  
**ORRANEIS NUNES PADILHAS**  
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.  
João Pessoa, 03 de Agosto de dois mil e dezoito  
Em Teste \_\_\_\_\_ de verdade.  
Rubevânia Cristina Coeta dos Santos, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12:13)  
Selo Digital de Fiscalização - Tipo-AMH97613-93YQ  
Endereço do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420484400000025633609>  
Número do documento: 19112616420484400000025633609

Num. 26544063 - Pág. 5

adora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

#### IDENTIFICAÇÃO

A \_\_\_\_\_  
DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
ADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

IFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM  
MA É \_\_\_\_\_  
REÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CE \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

REQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE  
TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA  
OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO  
DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)

OBSS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENDR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE  
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* MORTE = R\$ 13.500,00  
\* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA  
DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.134/74.  
\* 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 FORMULARIO  
\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE  
GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO  
DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)

BS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENDR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu, \_\_\_\_\_,  
portador (a) do RG N° \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_,  
em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, CPF/CNPJ N° \_\_\_\_\_, na qualidade de  
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_  
da vítima \_\_\_\_\_,  
e conforme determinação da Circular SUSEP N° 445/12, declaro as informações  
solicitadas:

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
ASSINATURA – PROCURADOR(A)/ INTERMEDIÁRIO(A)



 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p><b>Número do boleto:</b> 200.0.19.35830/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 26/11/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p><b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019</p>
<b>Número da guia:</b> 200.2019.635830 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63</p>
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> ORRANEIS NUNES PADILHAS - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p>
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<p><b>Parcela:</b> 1/1</p>
 <p>866700000122 164509283184 520191130209 001935830016</p>			<p><b>Valor total:</b> R\$ 1.216,45</p>
			<p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p>
			<p><b>Valor final:</b> R\$ 1.216,45</p>

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p><b>Número do boleto:</b> 200.0.19.35830/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 26/11/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p><b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019</p>
<b>Número da guia:</b> 200.2019.635830 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63</p>
<b>Promovente:</b> ORRANEIS NUNES PADILHAS <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			<p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p>
<b>Detalhamento:</b>			<p><b>Parcela:</b> 1/1</p>
			<p><b>Valor total:</b> R\$ 1.216,45</p>
			<p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p>
			<p><b>Valor final:</b> R\$ 1.216,45</p>

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p><b>Número do boleto:</b> 200.0.19.35830/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 26/11/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p><b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019</p>
<b>Número da guia:</b> 200.2019.635830 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63</p>
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> ORRANEIS NUNES PADILHAS - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p>
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<p><b>Parcela:</b> 1/1</p>
			<p><b>Valor total:</b> R\$ 1.216,45</p>
			<p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p>
 <p>866700000122 164509283184 520191130209 001935830016</p>			<p><b>Valor final:</b> R\$ 1.216,45</p>





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 200.2019.635830

**Data Vencimento:** 30/11/2019

**Data Emissão:** 26/11/2019

**Comarca:** Joao Pessoa

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** ORRANEIS NUNES PADILHAS

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

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

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.012,60

**Taxa:** R\$ 202,50

**Total da Guia:** R\$ 1.215,10

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616421831200000025633617>  
Número do documento: 19112616421831200000025633617

Num. 26544071 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190328483**      **Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS**

**Data do Acidente: 28/08/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00883/00684 - carta\_04 - INVALIDEZ



00070342

Carta nº 14375098



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616421707500000025633618>  
Número do documento: 19112616421707500000025633618

Num. 26544072 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
APOSENTADO	R. ADALBERTO FLORENTINO DE VASCONCELOS	88	Centro
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Tel.(DDD):	

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

Local e Data,  
 Nome: ORRANEIS NUNES PADILHAS  
 CPF: 161889694-68

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:   
 CPF: 6591003194-65

Assinatura

2º | Nome: ADGEULDA SOUZA DA SILVA  
 CPF: 206926414-91

Assinatura

houver)

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

Em Teste de verdade.

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
 FUNDADO EM 1888 E TABERNÁCULO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0  
 Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro dos Estados - João Pessoa - CEP 58030-400 - www.azevedobastos.not.br - Tel: (83) 3244-5404 - Fax: (83) 3244-5404

Reconheço por Semelhança a assinatura de  
 ORRANEIS NUNES PADILHAS  
 , a qual concordo com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.  
 João Pessoa, vinte e nove de Janeiro de dois mil e dezenove  
 (ano) de 2019.

Em Teste de verdade.  
 Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12.7)  
 Selo Digital de Fiscalização Tipo A/C33317-78/B  
 Clique no link do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616421557100000025633621>

Número do documento: 19112616421557100000025633621

Num. 26544075 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190328483**      **Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS**

**Data do Acidente: 28/08/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14343238

Pag. 0120501206 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

---

**4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB  
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

**ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0811011-43.2019.8.15.2003**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar* documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018. Na mesma oportunidade, INSERIR PROCURAÇÃO COM DATA ATUALIZADA, vez que a constante nos autos data mais de uma ano.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2019.

SILVANA DE CARVALHO FERREIRA  
Analista Judiciário



Assinado eletronicamente por: SILVANA DE CARVALHO FERREIRA - 28/11/2019 13:46:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112813460391500000025705890>  
Número do documento: 19112813460391500000025705890

Num. 26620410 - Pág. 1



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

---

**4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB  
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

**ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0811011-43.2019.8.15.2003**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar* documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018. Na mesma oportunidade, INSERIR PROCURAÇÃO COM DATA ATUALIZADA, vez que a constante nos autos data mais de uma ano.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2019.

SILVANA DE CARVALHO FERREIRA  
Analista Judiciário



Assinado eletronicamente por: SILVANA DE CARVALHO FERREIRA - 28/11/2019 13:46:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112813460391500000025705890>  
Número do documento: 19112813460391500000025705890

Num. 26620418 - Pág. 1

em anexo.



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 30/01/2020 11:50:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013011495700100000026844521>  
Número do documento: 20013011495700100000026844521

Num. 27826840 - Pág. 1



GALVÃO & SILVA  
ADVOGADOS

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 4<sup>a</sup>  
VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PB.**

**Processo nº: 0811011-43.2019.8.15.2003**

**ORRANEIS NUNES PADILHAS**, já devidamente qualificado nos autos da presente AÇÃO, que move em face de **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, igualmente qualificado, vem, a presença de V. Excelência, através de seu advogado que ao final assina, informar e requerer o que segue:

Dante do despacho proferido no ID nº: 26620418, vem o requerente, informar que os documentos solicitados para comprovação da hipossuficiência estão em andamento, assim, por ora, **requer dilação do prazo, por mais 20 (vinte), dias**, para que assim, a parte autora possa cumprir a determinação judicial.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa PB, 28 de janeiro de 2020.

**JOSÉ ADAILSON DA SILVA FILHO.: ERICK SOARES FERNANDES GALVÃO**

**OAB/PB 22.043**

**OAB/PB 20.190**



Av. Maximiano de Figueiredo, Empresarial Oliver Von Sohsten, Centro, João Pessoa-PB - CEP: 58.013-470. Contato: (83) 4141-5601.



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 30/01/2020 11:50:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013011500034000000026844524>  
Número do documento: 20013011500034000000026844524

Num. 27826844 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE JOÃO PESSOA  
4<sup>a</sup> VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

---

**D E C I S Ã O**

---

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

PROCESSO Nº 0811011-43.2019.8.15.2003

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência UNA para o dia **22 de abril de 2020, às 14:00h**, a realizar-se na sala de audiências da 4<sup>a</sup> Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do C.P.C fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do C.P.C.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato

atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do C.P.C, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos**, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos [pauloleite@seguradoralider.com.br](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) e [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do C.P.C).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJ/PB.

**P.I.**

**Cumpre com urgência.**

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2020

Fernando Brasilino Leite

Juiz de Direito



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE JOÃO PESSOA  
4<sup>a</sup> VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

---

**D E C I S Ã O**

---

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

PROCESSO Nº 0811011-43.2019.8.15.2003

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência UNA para o dia **22 de abril de 2020, às 14:00h**, a realizar-se na sala de audiências da 4<sup>a</sup> Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do C.P.C fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do C.P.C.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato

atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do C.P.C, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos**, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos [pauloleite@seguradoralider.com.br](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) e [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do C.P.C).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJ/PB.

**P.I.**

**Cumpra com urgência.**

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2020

Fernando Brasilino Leite

Juiz de Direito