



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 13ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE
- PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810306

Processo nº **0001440-96.2020.8.17.2001**

AUTOR: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DESPACHO

Vistos etc.

Intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dia, juntar aos autos pedido administrativo prévio à Seguradora ré, sob pena de indeferimento da petição inicial.

Recife, 04 de fevereiro de 2020.

Ruy Trezena Patu Junior

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: RUY TREZENA PATU JUNIOR - 04/02/2020 17:26:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020417261431100000056466609>
Número do documento: 20020417261431100000056466609

Num. 57408346 - Pág. 1



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 13ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0001440-96.2020.8.17.2001
AUTOR: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

INTIMAÇÃO DE DESPACHO - parte autora

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 13ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 57408346, conforme segue transcreto abaixo:

" DESPACHO Vistos etc. Intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dia, juntar aos autos pedido administrativo prévio à Seguradora ré, sob pena de indeferimento da petição inicial. Recife, 04 de fevereiro de 2020. Ruy Trezena Patu Junior Juiz de Direito"

RECIFE, 4 de fevereiro de 2020.

MOYSA MARIA DE SOUZA LEAO SALES
Diretoria Cível do 1º Grau



**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13^a VARA CIVEL DA
CAPITAL – PERNAMBUCO**

Nº do Processo: 0001440-96.2020.8.17.2001

MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA, já devidamente qualificada nos autos, vêm por seus advogados e bastantes procuradores conforme procuração nos autos, REQUERER juntada de pedido administrativo prévio à Seguradora ré conforme determinado por Vossa Excelência.

Olinda, 07 de Fevereiro de 2020.

DRº ADELSON JOSÉ DA SILVA

OAB/PE 25.645 – D

DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA

OAB/PE 33.821 - D





Assinado eletronicamente por: Adelson José da Silva - 07/02/2020 10:40:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020710400462100000056641340>
Número do documento: 20020710400462100000056641340

Num. 57585463 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *Adelson José da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Adelson José da Silva* 6 - CPF: *111986662120*
 7 - Profissão: *de lar* 8 - Endereço: *Rua Ligeia Gomes* 9 - Número: *30* 10 - Complemento: *30*
 11 - Bairro: *Quinta Preta* 12 - Cidade: *Olinda* 13 - Estado: *PE* 14 - CEP: *53370255*
 15 - E-mail: *16 - Tel.(DDD):* *8183469684*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: *Adelson José da Silva* 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0914*

CONTA: *00046669*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Adelson José da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

253 574 254 - 34

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, *Olinda*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: Adelson José da Silva - 07/02/2020 10:40:04

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020710400476800000056641342>

Número do documento: 20020710400476800000056641342

Num. 57585465 - Pág. 1

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17 Nome completo do Representante Legal

Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.

18 CPF do Representante Legal

Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.

19 Profissão do Representante Legal

Preencher com a profissão do representante legal.
No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20 Renda Mensal do Titular da conta

Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da Indenização.

21 Dados bancários

Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da Indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 Declaração de Ausência de Laudo do IML

Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários

A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Apontar a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.

35 Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).

36 CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).

37 Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38 1^ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1^ª testemunha.

39 2^ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2^ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40 Local e Data

Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.

41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.

42 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.

43 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672747 **Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA**

Data do Acidente: 12/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

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 15190230





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672747 **Vítima: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA**

Data do Acidente: 12/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15252957

Pag. 00093/00094 - carta_07 - INVALIDEZ



00050047



Assinado eletronicamente por: Adelson José da Silva - 07/02/2020 10:40:05
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020710400523100000056641344>
Número do documento: 20020710400523100000056641344

Num. 57585467 - Pág. 1



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 13ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE
- PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810306

Processo nº **0001440-96.2020.8.17.2001**

AUTOR: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DESPACHO

Vistos etc.

A despeito da obrigatoriedade quanto à designação da audiência de conciliação ou mediação, prevista no art. 334 do CPC, o § 4º do referido dispositivo legal reza que não será realizada se ambas as partes manifestarem desinteresse na sua realização ou quanto não for admitida autocomposição.

Embora seja possível a autocomposição, o que, de início, obriga a realização da referida audiência, a experiência e a prática judiciária têm demonstrado que nas ações de pedido de complementação de seguro DPVAT as partes não têm apresentado interesse na composição da lide, mesmo naqueles casos em que há elaboração de perícia médica antecedente, além do que, tem-se observado um número significativo de audiência cuja realização resta prejudicada pelo não comparecimento do demandantes, que em sua maioria são de outras comarcas.

Nessa contextura, entendo pela dispensa da audiência de conciliação ou mediação, a qual tem se mostrado inócuo, gerando um custo sem retorno satisfatório para ambas as partes e, em especial, para a máquina pública, aplicando analogicamente o disposto no inciso II, do parágrafo 4º, do art. 334 do CPC, sem prejuízo de que, havendo interesse das partes à audiência conciliatória poderá ser realizada a qualquer tempo no curso do processo.

Presentes os requisitos legais, defiro a gratuidade pretendida.

Cite-se a parte ré para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação.

Intime-se.

Recife, 07 de fevereiro de 2020.



Ruy Trezena Patu Junior

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: RUY TREZENA PATU JUNIOR - 07/02/2020 15:49:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002071549304700000056663163>
Número do documento: 2002071549304700000056663163

Num. 57609082 - Pág. 2



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 13ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0001440-96.2020.8.17.2001
AUTOR: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 13ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 57609082 , conforme segue transcrito abaixo:

" DESPACHO Vistos etc. A despeito da obrigatoriedade quanto à designação da audiência de conciliação ou mediação, prevista no art. 334 do CPC, o § 4º do referido dispositivo legal reza que não será realizada se ambas as partes manifestarem desinteresse na sua realização ou quanto não for admitida autocomposição. Embora seja possível a autocomposição, o que, de início, obriga a realização da referida audiência, a experiência e a prática judiciária têm demonstrado que nas ações de pedido de complementação de seguro DPVAT as partes não têm apresentado interesse na composição da lide, mesmo naqueles casos em que há elaboração de perícia médica antecedente, além do que, tem-se observado um número significativo de audiência cuja realização resta prejudicada pelo não comparecimento do demandante, que em sua maioria são de outras comarcas. Nessa contextura, entendo pela dispensa da audiência de conciliação ou mediação, a qual tem se mostrado inócuas, gerando um custo sem retorno satisfatório para ambas as partes e, em especial, para a máquina pública, aplicando analogicamente o disposto no inciso II, do parágrafo 4º, do art. 334 do CPC, sem prejuízo de que, havendo interesse das partes à audiência conciliatória poderá ser realizada a qualquer tempo no curso do processo. Presentes os requisitos legais, defiro a gratuidade pretendida. Cite-se a parte ré para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação. Intime-se. Recife, 07 de fevereiro de 2020. Ruy Trezena Patu Junior Juiz de Direito"

RECIFE, 7 de fevereiro de 2020.

MOYSA MARIA DE SOUZA LEAO SALES
Diretoria Cível do 1º Grau

