

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Evilázio de Almeida Pacheco, Brasileiro, solteiro, Desempregado,
Inscrito no RG, 3514777, Portador CPF, 01.473.264-60, nu-
sidente e domiciliado na Rua Severino Bezerra Cabral
Nº 511, Bairro Zona Rural, em Curimatã-PB, CEP 58475-000

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

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad 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 laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

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

João Pessoa - PB, 26 de julho de 2019

EVILÁZIO DE ALMEIDA PACHECO
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045/ 987038728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Digitalizada com CamScanner





GOVERNO e
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,

CERTIDÃO



CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1293/2019, na mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 08:00 horas, compareceu o Sr. **Evilázio de Almeida Pachu**, portador da cédula de identidade nº 3 514 777 Seds/PB, CPF nº 101.473.264 – 60, brasileira, natural de Queimadas/PB, casado, com 28 anos de idade, filho de Pedro Pereira Pachu e de Severina Lopes de Almeida, Auxiliar Administrativo, residente à rua Severino Bezerra Cabral nº 511, zona rural de Queimadas-PB, rua identificada pelo CEP 58475-000, próximo ao posto Rodoviário Federal, o qual notificou que, Na manhã do dia 20 de julho do ano fluente, por volta de 01:00 hora aproximadamente, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ESD, ano 2011 e modelo 2012, de cor preta, placa QET 2970/PB e chassi nº 9C2KD0540CR502205, cadastrada em nome de Rosinaldo T. da Silva, após sair do trabalho, seguindo o roteiro da cidade de Queimadas-PB, quando foi surpreendido com um veículo de placas e Condutor não identificado em sentido oposto, sem qualquer sinalização obstaculando sua passagem, consequentemente, foi alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta que o atingiu na parte traseira da motocicleta, consequentemente, sofreu uma queda e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Fernandes Luiz Henrique e assim, sendo submetido a procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU



20/07/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1948151 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Atendente: acolhimento Data: 20/07/2019

PACIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU
CPF: 58475000 Nascimento: 22/10/1991

Endereço: JOAO BATISTA LOPES

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Queimadas

Idade: 027

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA

RG: 3514777

Nº: 25

Responsável: GIOVANNA

CPF: 10147326460

Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 20/07/2019

Móveis: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 01:19:22

CNS: 708903792680515
CONVÊNIO: SUSOBS: MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abuso
2. Amputação
3. Anúrio
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalme
9. Ematoma subcutâneo
10. Ematoma
11. Equimose
12. F. arma branca
13. F. arma de fogo
14. F. cortante
15. F. cortante
16. F. cortante-cortante
17. F. perfuro-cortante
18. F. perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguirimento Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Moradura
27. Movimento torácico parado/al
28. Objeto Encaixado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: *Delit trauma.*

10.1.1.148/projetohtg/impreclassi.php?contur=1948151&dataatend=2019-07-20&horaatend=01:20:29

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D.O. *clit* s. Paciente vítima de acidente motor x motor
no, cerca de 01h. Chegou ao serviço Hospitalar 5400 em grande
nível com lesões cervicais. Nega dor, de consciência, vômitos ou
cefaleia. Refere dor em região abdominal. Nega outras queixas.
No exame: A - via aérea permeável, ausência de entesmo ou
deformidade.
B - respiração espontânea, ausência de entesmo ou
deformidade.
C - sem sinais de sangramento.
D - Glaxoma = 15
E - Exatidão e presença de fratura em punho
E.

ALERGIA: *Nega*MEDICAMENTOS: *Nega*PATOLOGIAS: *Nega*EXAME FÍSICO: *Nega*

PUPILAS: N Fotoreagentes (N) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaxoma: 15 PA: HGT: sat02 187.

AP: MV+ e simétrico, sem RA.

ACV: RCR em 21, sem segos.

ABD: de presença, indolente à palpação.

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Gasometria arterial () Tonografia computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* / *às* : *às* : *às* Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE: / / às : Dia / /

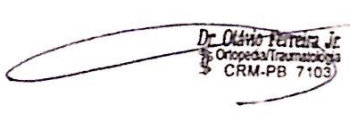
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1	SECO, q.v. 500 mL, EV, agora.	
2	Doriana 500 mg/mL 02 mL, EV, agora.	
3	Flutril 40 mg 01 FA + HD, EV, agora.	
4		
5		
6		

Dr. Antonio Bido Neto

MÉDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral
CRM-PB 8108

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: EVILÁZIO DE ALMEIDA PACHU			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTÁVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar :	
2º Auxiliar		Instrumentador COSTA	
Anestesista: DRA SOCORRO ABRANTES		Anestesia : BLOQUEIO	
Diagnóstico Pré-operatório : FX RADIO DISTAL E			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- REDUÇÃO INCRUENTA 05- FIXAÇÃO PERCUTANEA COM 2 FIOS K CRUZADOS 06- TALA LUVA; 07-CURATIVOS			
 Dr. Otávio Ferreira Jr. Ortopedia/Traumatologia CRM-PB 7103			



27/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 10:42:17

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18104

Clinica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 10:40:03

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL E, SEM INTERCORRÊNCIAS.
CONDUTA: 1. SOLICITO RX POS-OPE. 2. VPM. 3. VBO

ASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior

Dr. Otavio Ferreira Jr.
CRM-PB 7103



20/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 20/07/2019

Horas: 03:34:20

Médico (a) Diarista: Andrey Leal Wanderley

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 7 Diagnóstico:

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Andrey Leal Wanderley /

Item	Prescrição	Apazamento
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 02FRASCO, 24h 24h (ADM AS 6h)	10 - 20 - 30 - 40
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	32 - 38 - 44 - 00
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	40 - 44
4	OMEPRAZOL 100MG 1FRA AMP, 24h 24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	00
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	51V
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	51V

Admissão

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Apresenta fratura de rádio distal (F).

Internação p/ cirurgia

Dr. Andrey Wanderley
OAB/RN 155255
CRM 155255-06

10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2019-07-20&contar=1948170

1/1

Digitalizada com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1549095332

NOME
EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3514777 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
101.473.264-60 22/10/1991

FILIAÇÃO
PEDRO PEREIRA PACHU
SEVERINA LOPES DE
ALMEIDA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05366585719

VALIDADE
13/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
01/12/2011

OBSERVAÇÕES

A ;

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
15/03/2018

48048176497
PB036478733

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1549095332

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Boleto para simplificar pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica Nº 005.272.236



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 18.303.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARLENE MENDONÇA
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/94349-8

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

06/12/2019

CONSUMO

215

VENCIMENTO

13/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 153,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00528.736176 2 81020000015341				
Pagador: MARLENE MENDONÇA CNPJ/CPF: 048.360.334-11				
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511 - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2957450000528736	000094349201912	13/12/2019	R\$ 153,41	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA			08.826.596/0001-95	
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 01/09/2020 15:59:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090115590948700000032386666>
Número do documento: 20090115590948700000032386666

Num. 33851570 - Pág. 2

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: **0455333/10** CPF da vítima: **101.473.264-60** Nome completo da vítima: **Evalázio de Almeida Paiva**

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

Nome completo: **Evalázio de Almeida Paiva** CPF: **101.473.264-60**

Profissão: **Piloto** Endereço: **Rua Sverino Bezerra Cabral** Número: **511** Complemento:

Bairro: **Ana Rural** Cidade: **Quaramãdas** Estado: **PB** CEP: **53475-000**

E-mail: Tel.(DDD): **85/98305-6654**

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

RENTA 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: **0041** CONTA: **485317** **8**

(Informar o dígito se existir) (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

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.

Local e Data: **Tão Pena, 17/12/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X EVALAZIO DE ALMEIDA PAIVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Digitalizada com CamScanner



SINISTRO 3190704001 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**CPF/CNPJ:** 10147326460**Posição em 31-08-2020 22:02:24**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível de Campina Grande

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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Processo nº 0815768-38.2020.8.15.0001

Vistos, etc.

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

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

Intime-se a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documento que comprove o **prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado** realizado há mais de 30 (trinta) dias (§1º do Art. 5º da Lei 6.194/1974), sob pena de indeferimento da petição inicial.

Apenas se juntado tal documento, cite-se. Caso contrário, façam os autos conclusos para sentença de extinção.

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

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

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

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

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

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intimem-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de



realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

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

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

Depositado o laudo em juízo:

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

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

Intimações e demais diligências necessárias.

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

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 1ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE NO ESTADO DA PARAÍBA.**

Processo nº: 0815768-38.2020.8.15.0001.

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU, já devidamente qualificado nos autos supra, por seu procurador que a esta subscreve, vem com o devido respeito à presença de V. Exa., requerer a JUNTADA DOS DOCUMENTOS QUE COMPROVEM O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, como solicitado por este Juízo, (*PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E PAGAMENTO PARCIAL ADMINISTRATIVO*) em anexo.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Campina Grande-PB, 03 de setembro de 2020.

FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO

OAB/PB 22.725



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: **0455333/10** CPF da vítima: **101.473.264-60** Nome completo da vítima: **Evilázio de Almeida Pacheco**

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

Nome completo: **Evilázio de Almeida Pacheco** CPF: **101.473.264-60**

Profissão: **Piloto** Endereço: **Rua Sverino Bezerra Cabral** Número: **511** Complemento:

Bairro: **Anjo Real** Cidade: **Bucaramã** Estado: **PB** CEP: **58475-000**

E-mail: Tel.(DDD): **85/98305-6654**

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

RENTA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **485317** **8**

(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) ☐ Divorçado ☐ 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, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Tão Pena, 17/12/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X EVILÁZIO DE ALMEIDA PACHECO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Digitalizada com CamScanner

SINISTRO 3190704001 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**CPF/CNPJ:** 10147326460**Posição em 31-08-2020 22:02:24**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

