



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Exilizio de Almeida Pochus, Brasileiro, solteiro, Desempregado,
Inscrito no RG, 3514777, Portador CPF, 101.473.264-60, mora-
diente e domiciliado na Rua Severino Bezerra Cabral
Nº 511, bairro Zona Rural, em Iquirim-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 juditia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

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

João Pessoa - PB, 26 de julho de 2019

X RENAN DE CARVALHO PAIVA
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



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO - 01/09/2020 15:59:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090115590472700000032386662>
Número do documento: 20090115590472700000032386662

Num. 33851566 - Pág. 1



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

EVILÁZIO DE ALMEIDA PACHU

Digitalizada com CamScanner



20/07/2019

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
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. Rui Floriano Peixoto, 4700 - Matutinos - Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: **EVLAZIO DE ALMEIDA** CEP:58475000

Endereço: Rua Joaquim José da Cunha, 1000 - Centro - Campina Grande - PB

PACHU

Entregue ao Dr. JOSÉ DA SILVA

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNOSTICO / CID:
Pelotrauma

OBSS:



LOCKA DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

- 1 Abrasão
- 2 Arrufação
- 3 Ausência
- 4 Contusão
- 5 Crençação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empatamento
- 9 Enfema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 Ferida aberta
- 13 Ferida fechada
- 14 Ferida aberta
- 15 Ferida fechada
- 16 Contuso
- 17 Perfurador
- 18 F perfurador

35

15

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

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 ANTISEPSIA 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.
Ortoped/Tranumatóloga
CRM-PB 7103

Digitalizada com CamScanner



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





Data: 20/07/2019
Horas: 03:34:20
Médico (a) Diarista : Andrey Leal Wanderley

1948170

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

Clinica:AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 7 Diagnóstico:

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Andrey Leal Wanderley /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML E.V. 02FRASCO , 24h 24h (ADM AS 6h)	16/07/2019
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. TAMPOLA. 6h/6h	06/08/2019
3	TENOXIC AM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06/08/2019
4	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h 24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06/08/2019
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	06/08/2019
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	06/08/2019

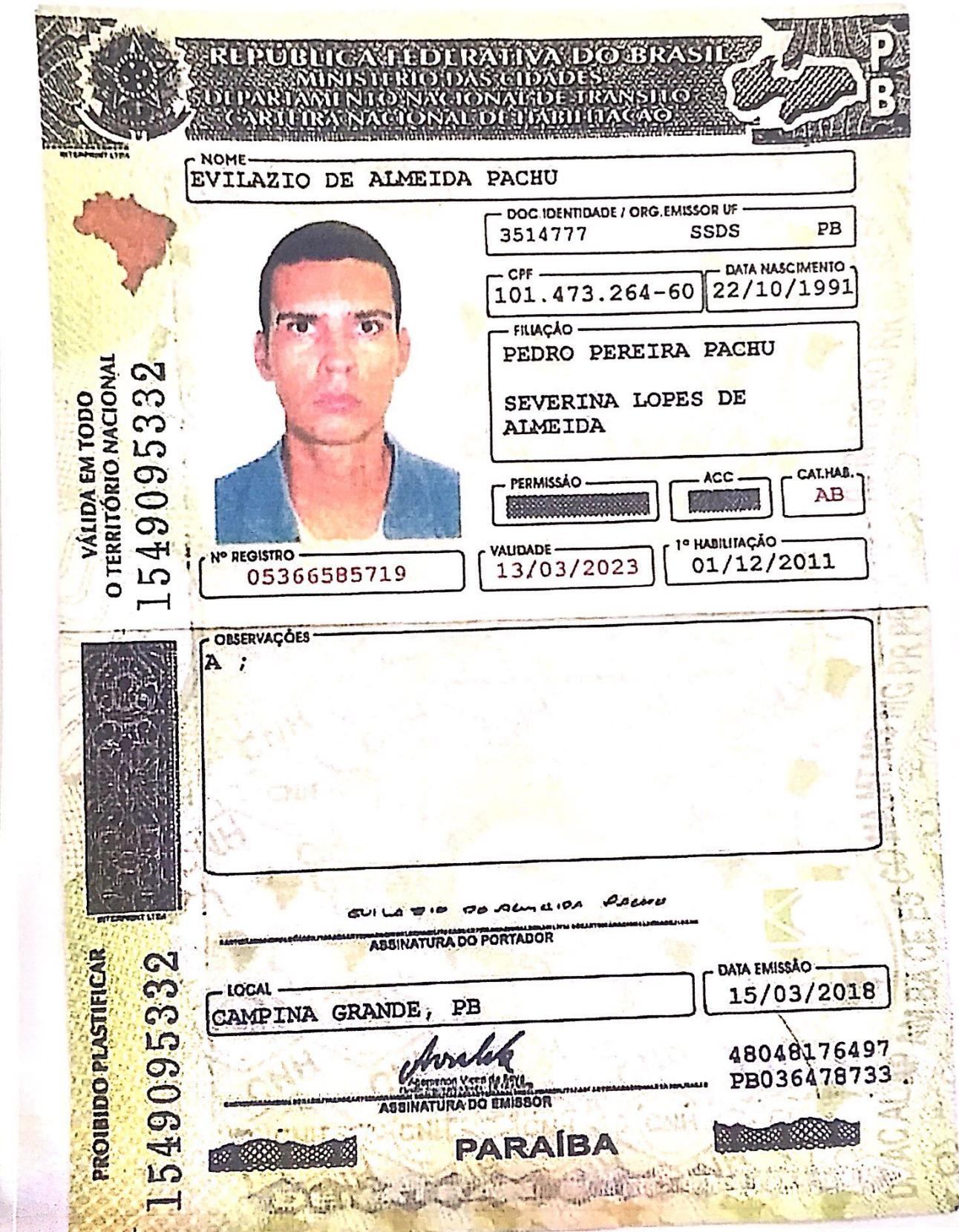
Adm internação

Paciente adulto falecido vítima de acidente de moto. Apresenta fratura obliterativa do fêmur (f).

Internação p/ cirurgia

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDISTA
CIRURGIA DE ORTOPEDIA
CRM 6625 PB





Digitalizada com CamScanner



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal elétrica da energia elétrica N° 005.272.236



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Tres Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-709
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.393.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARLENE MENDONCA
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/94349-8

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2019

06/12/2019

215

13/12/2019

R\$ 153,41

Acesse: www.energis.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02957.450006 00528.736176 2 81020000015341

Pagador: MARLENE MENDONCA 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
29574500000528736	000094349201912	13/12/2019	R\$ 153,41	

08.826.596/0001-95

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0455311/30	101.473.264-60	Evalazio de Almeida Pachu
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Evalazio de Almeida Pachu	
Profissão:	Endereço:	CPF: 101.473.264-60
Ribeiro	Rua Severino Bezerra Labinal	Número: 511 Complemento:
Bairro: Anel Rural	Cidade: Quixadá	Estado: PB CEP: 58475-000
E-mail:	Tel.(DDD): 183/98805-6654	

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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data, 17/12/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X EVALAZIO DE ALMEIDA PACHU
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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



Assinado eletronicamente por: RITAURA RODRIGUES SANTANA - 01/09/2020 19:08:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009011908010800000032391396>
Número do documento: 2009011908010800000032391396

Num. 33856558 - Pág. 2

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

Processo nº: 0815768-38.2020.8.15.0001.

EVLIAZIO 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



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/09/2020 13:31:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090313311418600000032478141>
Número do documento: 20090313311418600000032478141

Num. 33949895 - 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:
0455311/30	101.473.264-60	Evalazio de Almeida Pachu
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Evalazio de Almeida Pachu	CPF: 101.473.264-60
Profissão:	Ribeiro	Endereço: Rua Severino Bezerra Labinal
Bairro:	Anel Rural	Número: 511 Complemento:
Cidade:	Quixadá	Estado: PB CEP: 58475-000
E-mail:	Tel.(DDD): 183/98805-6654	

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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data, 17/12/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X EVALAZIO DE ALMEIDA PACHU
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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

