



Número: **0815032-20.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33680483	27/08/2020 13:39	Petição Inicial	Petição Inicial
33680899	27/08/2020 13:39	PETIÇÃO DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO	Outros Documentos
33680901	27/08/2020 13:39	1.0 procuracao e comprovante de residenc	Outros Documentos
33680903	27/08/2020 13:39	1.1 doc pessoal e bo	Outros Documentos
33680905	27/08/2020 13:39	1.2 prescricao medica e liberacao de lei	Outros Documentos
33680908	27/08/2020 13:39	1.3 descricao cirurgica e evolucao	Outros Documentos
33680910	27/08/2020 13:39	1.4 laudo medico e requerimento adm	Outros Documentos
33680912	27/08/2020 13:39	Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Outros Documentos
33788770	31/08/2020 21:00	Despacho	Despacho

Seguem em anexo Petição Inicial e Documentos:



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA COMARCA REGIONAL DE CAMPINA GRANDE – PB.

DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF/MF sob número 713.221.074-24 e Registro Geral sob o N.º 4.446.832 SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio Craiberas, N.º S/N, bairro Zona Rural, Fagundes - PB, CEP: 58487-000, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua José Florentino Junior, n.º 136, Tambauzinho, João Pessoa-PB, fone (83) 98806-1234 e endereço eletrônico: fabio_maracaja@hotmail.com, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

BRADESCO SEGUROS S/A localizada na Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087, inscrita no CNPJ N.º 33.055.146/0001-93, tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, não possui trabalho formal, vive da renda que aufera através da realização de trabalhos eventuais como autônomo, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei n.º 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 14/06/2019, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO), sofreu acidente de trânsito, onde conduzia a Moto (modelo HONDA/250 Tornado, cor azul, ano 2003, de placa MOV-0671/PB), quando vinha pilotando nas imediações do Balneário na cidade de Galante-PB, normalmente e derrepente foi surpreendido com uma lombada, freou bruscamente e assim, este derrapou, vindo a perder o controle, onde veio a cair e se machucar.

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234

✉ Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Posteriormente ao fato, o autor foi resgatado e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi diagnosticado com Politraumatismo, com **Fratura do olecrano direito, (CID 10 S 62)**, conforme Laudo Médico apresentado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento **cirúrgico de Fratura do olecrano direito**, conforme se demonstra documentalmente.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou a parte autora uma acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora sofreu séria fratura no membro superior esquerdo, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou com considerável limitação física que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada, de retomar as suas atividades normais de maneira completa. Encontra-se parcialmente debilitado, sente dores, não movimenta o úmero com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham o autor até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida**. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **3190703791**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, **tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada**.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o autor recebeu o valor de **R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida**.

83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



A parte autora permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.**

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Importante frisar que na tabela do seguro **DPVAT**, a porcentagem correspondente à **perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores, corresponde a 70% do capital segurado, o que totaliza a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais).**

Ademais, tendo em vista os danos sofridos pelo autor e os gastos com medicamentos e tratamentos de saúde diversos, vale quantificar a indenização devida ao autor na sua totalidade de R\$ 13.500,00

Sendo assim, documentalmente comprovada a perda anatômica do membro afetado, e os gastos referentes aos tratamentos pós-cirúrgicos, é devido ao autor ainda 87,50% do valor referente a lesão do teto máximo, ou seja, 87,50% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que totaliza aproximadamente a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos) do valor que ficou faltando em referência aos 12,50% do que foi pago administrativamente, da importância de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro **DPVAT**, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – **DPVAT**. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234

✉ Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada *in verbis*:

“O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.”

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal *in verbis*:

Art. 3º *Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vítima:*

- I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*
- II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*
- III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à parte autora:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PROCEDÊNCIA. SUBLEVAÇÃO DA SEGURADORA. DEBILIDADE PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA. CONFIGURAÇÃO. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. PROVA SATISFATÓRIA. INDENIZAÇÃO FIXADA DE ACORDO COM O GRAU DE INVALIDEZ. OBSERVÂNCIA AO ART. 3º, § 1º, DA LEI Nº 6.194/74 E A SÚMULA Nº 474, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO. COMPROVAÇÃO. DEDUÇÃO DO VALOR FIXADO À TÍTULO DE INDENIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS CONFORME ART. 85, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTOS DO RECURSO. O art. 3º, § 1º, da Lei nº 6.194/74, incluído pela Lei nº 11.945/09, impôs a necessidade de verificação da graduação da lesão decorrente do sinistro para fins de quantificação da indenização devida a título de seguro DPVAT – A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez, nos termos da Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça – Restando demonstrado que o pagamento administrativo realizado pela seguradora não está em conformidade com o grau de invalidez comprovado nos autos, imperioso se torna a complementação da quantia paga, devidamente estabelecida na sentença de origem. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00206466320148152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, j. em 26/03/2018).

(TJ-PB – APL: 00206466320148152001 0020646-63.2014.815.2001, Relator: DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, Data de Julgamento: 26/03/2018, 4ª Vara Cível).”

Vejamos, também:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEBILIDADE PERMANENTE. INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA. PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO. REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESCONTO DO IMPORTE PAGO NA VIA ADMINISTRATIVA. CONDENAÇÃO NO SALDO RESTANTE. REFORMA DA SENTENÇA EX OFFICIO, APENAS PARA ADEQUAR JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA. APELAÇÃO DESPROVIDA. – Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor à época do sinistro, no caso a Lei nº 11.945/09, restando inequívoco, pois à luz de tal disciplina, que a perda parcial da função deambulatoria e outros movimentos da perna configuram

83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



invalidez permanente parcial incompleta, autorizando a aplicação proporcional da indenização, de acordo com o grau da lesão, nos termos do artigo 3º, § 1º, inciso II, da Lei nº 6.194/74. – ‘Na ação de cobrança visando a complementação do seguro DPVAT, o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso’ 1. Por sua vez, ‘Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação’. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).

(TJ-PB – APL: 00002056920148150511 0000205-69.2014.815.0511, Relator: DES JOAO ALVES DA SILVA, Data de Julgamento: 17/03/2016, 4ª CÍVEL)”

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o autor com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474


“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros	100

 83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores; Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	70
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica**. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER:**

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), menos o valor pago administrativamente, qual seja, R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), totalizando assim, ao final, a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**
- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**
- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

4.5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

☎ 83 98805-6654 / 98806-1234

✉ Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB




Dá se a causa o valor de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Termos em que,

pede deferimento.

Campina Grande-PB, 27 de agosto de 2020.

FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO
OAB/PB 22.725

 83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

DAMIÃO ROGÉRIO DE SOUZA FAUSTINO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESEMPREGADO, INSCRITO NO RG: 4446832, PORTADOR DO CPF: 71322107424, RESIDENTE E DOMICILIADO À

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.

Campina Grande - PB, 18 de Julho de 2019.

DAMIÃO ROGÉRIO DE SOUZA FAUSTINO
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-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 conta de energia elétrica - Nº 004.322.270



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 - Ins. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE SOUZA FAUSTINO
SIT CRAIBEIRAS S/N
FAGUNDES

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/181849-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	02/08/2019	76	12/08/2019	R\$ 64,25

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00309.058170 8 797900000006425				
Pagador: MARIA DE SOUZA FAUSTINO CNPJ/CPF: 022.154.404-65				
SIT CRAIBEIRAS S/N - AREA RURAL - FAGUNDES / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000309058	000181849201908	12/08/2019	R\$ 64,25	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
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 - 27/08/2020 13:38:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082713384869200000032228332>
Número do documento: 20082713384869200000032228332

Num. 33680901 - Pág. 2

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.446.832 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2016

NOME DAMIÃO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

FILIAÇÃO ANTONIO FAUSTINO NETO
MARIA DE SOUZA FAUSTINO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 27/09/2000

DOC ORIGEM NASC.N.19800 FLS.163 LIV.A 19

CARTORIO FAGUNDES PB

CPF 713.221.074-24

Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 27/08/2020 13:38:51

Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 27/08/2020 13:38:51

Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 27/08/2020 13:38:51

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-059

DAMIÃO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

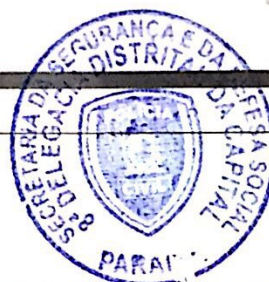
Digitalizada com CamScanner





**GOVERNO
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 1299 /2019, na mesma continha o seguinte teor: 11 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 09:30 horas, compareceu o Sr. **Damião Rogério de Souza Faustino**, portador da cédula de identidade nº 4 446.832 Sds/PB, CPF nº 713.221.074 – 24, brasileira, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 19 anos de idade, filho de Antonio Faustino Neto e de Maria de Souza Faustino, agricultor, residente no Sítio Craiberas, zona rural de Fagundes-PB, casa s/nº, próximo a Bom Sucesso, o qual notificou que, na tarde do dia 14 de julho de 2019, por volta das 13:14 horas aproximadamente, conduzia a motocicleta Honda 250-Tornado, ano e modelo 2003, cor azul e placa MOV 0671 PB, identificada pelo chassi nº 9C2MD34003R101517, cadastrada em nome de Denilson Cordeiro de França e, nas imediações do Balneário na cidade de Galante-PB, precisamente nas proximidades da Piscina do Lira, foi surpreendido com uma lombada, freou bruscamente e assim, esta derrapou, provocando-lhes uma queda, consequentemente, o Notificante foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes na cidade de Campina grande-PB, onde foi 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, 11 de dezembro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

x Damião Rogério de Souza Faustino

Digitalizada com CamScanner



31/07/2019

10.1.1.148/projetohlclg/imprimevo.php?datasai=2019-07-31&contar=1943618&IDC=32821



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Horas: 11:22:26

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019 DI - 17

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CURATIVO	
3	RADIOGRAFIA DE CONTROLE	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
8	DESLORATADINA 5 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 11:21:39

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+) SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

CONDOTA: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FERIDAS, PRESCREVO CEFALOXINA 500MG VO 6/6H POR 10 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIS

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MG ORTOPEDIA
CRM - PB 6923

Digitalizada com CamScanner



31/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4760 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 31/07/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03 NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data da Internação: 14/07/2019

Data da Alta: 31/07/2019

Registro: 1943618

Tempo de Permanência: -18092

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: *Fx Ombro Direito*

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA + BANDA DE TENSAO

Data: 30/07/2019

Enfermeiro:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC), COM DOR, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MEMBROS SUPERIORES DIREITO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FERIDAS

Medicações para Casa: PRESCREVO CEFALOXINA 500MG VO 6/6H POR 21 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 31/07/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - PB 2026

10.1.1.148/projetohtcg/impressumalta.php?contar=1943618

1/1

Digitalizada com CamScanner



30/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Everlan Da Silva Meira

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 30/07/2019



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 41965

DATA DA CIRURGIA: 30/07/2019

Número do Atendimento: 1943618 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data da Internação: 14/07/2019

Atendimento: 1943618

Diagnostico Pré-Operatório: fx olecrano d

Diagnostico Pós-Operatório: 0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 30/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO POSTERIOR COTOVELO D+ DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE OLÉCRANO

6- FIXAÇÃO COM DOIS FIOS DE KIRSHNER 2.0 + FIO DE CERCLAGEM, (BANDA DE TENSÃO).

7- LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

8- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Data 30/07/2019

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

10.1.1.148/projetohtcg/impredecri.php?ID=3018&contar=1943618

1/1

Digitalizada com CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/07/2019

Horas: 14:28:08

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 20/07/2019 HORA: 14:26:44

#ORTOPEDIA#

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+) SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM COTOVELO DIREITO.

CONDUTA:

- . P.M.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA PROGRAMAR CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Ana Maria Da Silva Anselmo
M. Ortopedia e Traumatologia
CRM 125.1825



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: 0454933129	CPF da vítima: 713.221.074-24	Nome completo da vítima: Damiano Rogério de Souza Faustino
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Damiano Rogério de Souza Faustino		CPF: 713.221.074-24
Profissão: Receio	Endereço: Sítio Charbemas	Número: SIN Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Fagundes	Estado: PB CEP: 58487-000
E-mail:		Tel. (DDD): (83) 98805.6654

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 555075	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Fazenda, 17/12/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)		CPF: _____
Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura

(* 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.



SINISTRO 3190703791 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO**CPF/CNPJ:** 71322107424**Posição em 27-08-2020 09:43:54**

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
26/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL

Processo nº 0815032-20.2020.8.15.0001

DESPACHO

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser apazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

Diligências necessárias.

Campina Grande, data eletrônica.

Wladimir Alcibíades Marinho Falcão Cunha

Juiz de Direito

