

### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** AILTON JOSÉ GOMES, brasileiro, Estado Civil: casado, Profissão: operador de máquinas, portador da cédula de identidade RG nº 1.449.106 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 752.410.644-00, residente e domiciliado na Av. Nilo Peçanha , 421, Bairro Popular, Cidade de Santa Rita- PB, fone:98877-8015/987280470.

**OUTORGADO:** FLAVIANA DA SILVA CÂMARA, brasileira, advogada inscrito na OAB/PB sob o nº 14.540, residente e domiciliada nesta Capital, com endereço profissional localizado à Rua Dr. Severino Guimarães, nº 280, Mangabeira, João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", em qualquer instância e/ou nos atos extra judiciais nos termos do artigo 38 do Código de Processo Civil Brasileiro, podendo, ainda, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, dar e receber quitação, firmar compromissos, inclusive de inventariante e, perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público, seus órgãos, Ministérios, Secretarias, Autarquias, Empresas Públicas, Fundações e quaisquer pessoas jurídicas de direito privado, Sociedade de Economia mista, conjunta ou separadamente, e substabelecer, com ou sem reserva de poderes; com poderes para renunciar valores que excedam 60 (sessenta salários) mínimos.

Ainda pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica obrigado o outorgante/ contratante a pagar a Outorgada os honorários advocatícios pelos serviços prestados, na razão de 30% (trinta por cento), incidente sobre toda vantagem bruta auferida pelo contratante/Outorgante independe de haver honorários de sucumbência, ficando desde logo o M.M. Juízo desde logo autorizado a expedir alvará em separado referente aos honorários contratuais nos termos deste instrumento.

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

AILTON JOSÉ GOMES, brasileiro, Estado Civil: casado, Profissão: operador de máquinas, portador da cédula de identidade RG nº 1.449.106 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 752.410.644-00, residente e domiciliado na Av. Nilo Peçanha , tendo como norte o At.5º, inc LXXIV da Constituição Federal e o parágrafo único, do art.2º da lei 1.060, que é pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas, encargos e demais emolumentos processuais caso venham a ser arbitrados artigo.

Declara ainda, ser conhecedora da responsabilidade caso este instrumento não reporte com a verdade.

João Pessoa, 01 de setembro de 2020.

AILTON JOSÉ GOMES



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 14/01/2021 12:01:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011412012282200000036616007>  
Número do documento: 21011412012282200000036616007

Num. 38395817 - Pág. 2

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Flagrantes de João Pessoa



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 07334.01.2020.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07334.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:08 horas do dia 22 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Ivo Soares Bezerra, matrícula 1685007, e lavrado por Nathielle Ferreira Bulcão, Agente de Investigação, matrícula 1820036, ao final assinado, compareceu **AILTON JOSE GOMES**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador, filho(a) de Maria Jose Martins Gomes e Jose Francisco Gomes, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 02/09/1969 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nilo Peçanha, Nº 421, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Perto da Igreja, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98728-0470.

**Dados do(s) Fato(s):**

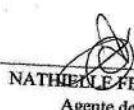
Local: Br 230 Km 41, XXXX, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/08/20 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

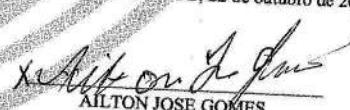
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE no dia 11 de agosto de 2020 foi vítima de um acidente de trânsito, por volta das 1h, no trajeto do trabalho para casa, BR 230, KM 41, na cidade de Santa Rita/PB. Que estava a bordo de sua moto de placa OGD 3456 /PB, modelo Fan Honda CG, 150, preta, ano 2013, quando foi atingido por outra moto, cuja placa não foi identificada pelo notificante. Que houve uma colisão e o notificante ficou ferido, sendo socorrido para o Complexo Hospitalar Governador Tarécio Buriti de Mangabeira.

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

João Pessoa/PB, 22 de outubro de 2020.

  
NATHIELLE FERREIRA BULCÃO  
Agente de Investigação

  
AILTON JOSE GOMES  
Noticiante

Procedimento Policial: 07334.01.2020.1.00.402





Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 14/01/2021 12:01:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011412012282200000036616007>  
Número do documento: 21011412012282200000036616007

Num. 38395817 - Pág. 4

PRÉFÉITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
Fax: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 334679 Atd: Nao Regu  
Data: 11/08/2020  
Hora: 00:14:28  
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVI  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: AILTON JOSE GOMES  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:  
CNS: 898004615550121 Sexo: M IDENTIDADE: 1449106 Fone: 987280470  
Natural: CRUZ DO ESPIRITO SANTO/PB Data Nasc.: 09/02/1969 Id: 51 ano(s)  
End.: RUA NILO PECANHA, 421  
Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB  
Mae: CRUZ DO ESPIRITO SANTO Pai: JOSE FRANCISCO GOMES  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA Estado Civil: CASADO(A)  
Farmacos de Entrada Escolaridade: NAO INFORMADO  
Resp.: AILTON JOSE GOMES  
Tel/Doc. Responsavel: 987280470 / IDENTIDADE: 1449106  
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: NAO

Vítima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

G. emia: IMC:

C. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

paciente com anoxia de dor  
no punho

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

Dr. Nelson F. da Nóbrega  
CRM 11.094 PB  
Ortopedia e Traumatologia

## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão:

---

**PROCEDIMENTO REALIZADO:**

---

**DESTINO DO PACIENTE**

( ) Residência ( ) Transferido ( ) Desistência ( ) U.T.I  
( ) Alta a Pedido ( ) Enfermaria Óbito: ( ) Atestado ( ) S.V.O ( ) E.M.L

## Valdete de Soe-gomes

#### Assimilating Caspoch's Evidence





## Receituário

Paciente: AILTON JOSE GOMES  
Data: 10/08/2020 21:25:27

Sexo: Masculino CPF: Não Informado Idade: 51  
BAE: 1250769

### ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM  
PACTUAÇÃO O PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO,  
SOFREU FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL DIREITO TIPO BARTON VOLAR.  
PEQUENA ESCORIAÇÃO NO DORSO DA URNA DISTAL, FEITO CURATIVO E  
IMOBILIZAÇÃO TALA AXILO PALMAR.  
CD: AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA DO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PB 4847 / SBOT 8331

Dr. RODRIGO CASTRO DO AMARAL  
4847/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-080







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>ELTON JOSE Gomes</u>		Data da Admissão: <u>11/08/20</u>	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____		Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____			
Data de Nascimento: <u>11/11/1980</u>			
QPD: _____			
HDA: <u>Paciente com trauma</u> <u>uma fratura</u> <u>109 reposita: dor e</u> <u>30 dias</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
<b>Cabeça e Pescoco:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melenas <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Cilton José Gómez</u>				Registro:
Idade: <u>51</u>	Sexo: <u>Mas</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>Ortoped</u>	EMP: <u></u> LR: <u></u>
Data: <u>18/01/2020</u>	Cirurgião: <u>Dr. Teófilo</u>	1º Assistente: <u>Dr. Eduardo</u>		
2º Assistente: <u>Dr. Waldiberto</u>	3º Assistente: <u>Dr. Antônio R</u>	Instrumentador:		
Anestesista: <u>Dr.</u>	Tipo Anestesia: <u>Blockus</u>	Horário:	I: <u></u>	T: <u></u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<u>Fratura do Radio Distal Direito</u>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<u>Operação</u>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<u>RAFI com placas e Parafusos</u>				
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:
1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim		2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não		
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 59050-384, Maracaju - MS - Fone: (65) 3221-1000





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DMD [ ] JTB [ ] JHEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF  
 [ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmHg  
 FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP(°C): \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SMB: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: *Bx*

Hipóteses Diagnósticas: *FP MZ 2009/2020 -*

Conduta: *ATO CÓRONAVO*

Dr. Klenio F. da Nóbrega  
 CRM: 11.091/PB  
 Ortopedia e Traumatologia

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Decúbito em decúbito dorsal sob Anestesia Analgésico e Antinegésico Aparatos de Coagulação por Eletrodo
Incisão:	
Achados:	- Fratura de Radio Dental Direito
Conduta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizada Redução aberta com placa 4 furas + Fixação com 3 parafusos sob a visualização de endoscópio.</li> <li>- Realizada Sutura.</li> <li>- Realizada Curatagem.</li> <li>- Realizada controles.</li> </ul>
Fechamento:	
OBS:	
 <small>Assinado Pelo Médico CRM-PB-13.425</small>	

Data: 18/08/2020

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



2021-01-14 12:01:23

Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 14/01/2021 12:01:23  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011412012282200000036616007  
Número do documento: 21011412012282200000036616007



**AVOAMENTO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME: <b>Ailton José Gomes</b>	ENFERMARIA/LEITO: <b>17/160</b>
IDADE: <b>51</b>	SEXO: <b>Mas</b>
DATA DE ADMISSÃO: <b>11/08/2020</b>	CLÍNICA: <b>ORTOPEDIA</b>
	DATA DE ALTA: <b>19/08/2020</b> TEMPO DE PERMANÊNCIA: <b>8 DIAS</b>

DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FRATURA DE RÁDIO DISTAL E</b>	CID: <b>S52</b>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <b>O MESMO</b>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:	

PRINCIPAIS EXAMES: <b>RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA</b>
---

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:
----------------------------

ANATOMIA PATOLÓGICA: INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
---	---

RESULTADO BACTERIOLOGIA:	
--------------------------	--

CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO
---	--

RESUMO CLÍNICO: Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.
---

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO: Relativo em casa por: <b>15 DIAS</b>	
	Retorno às atividades sem esforço físico em: <b>30 DIAS</b>
	Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>45 DIAS</b> e com esforço maior em <b>90 DIAS</b> .
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.	
Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico	

RETORNO: Ao posto de saúde em <b>21 DIAS</b> .	Médico: <b>Dr Teófilo</b>
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.	

19/08/2020 Data	David Pinto Loprena Matias Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 13263 Assinatura do Médico
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



2021-01-14 12:01:23  
Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 14/01/2021 12:01:23  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011412012282200000036616007  
Número do documento: 21011412012282200000036616007





A COMPANHIA ▼ SEGURO DPVAT ▼ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▼ SALA DE IMPRENSA ▼ TRABALHE CONOSCO ▼ CONTATO ▼

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nesta página você pode realizar consultas sobre o andamento dos pedidos de indenização do Seguro DPVAT para acidentes de trânsito ocorridos somente até o dia 31 de dezembro de 2020.

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3200394892 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** AILTON JOSE GOMES

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** AILTON JOSE GOMES

**CPF/CNPJ:** 75241064400

#### Posição em 14-01-2021 11:53:29

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

01/12/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/12/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/zeCYjHhVSk8WOsVsto8fFA==/gTapi_key=GfSXUpjLBpwEkrGVbAcpQmTlf1fg9bbsL4lk3Cv+mt4=">Download</a>



**Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT**<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>**ACESSIBILIDADE**</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>**COMO PEDIR INDENIZAÇÃO**[Documentos Despesas Médicas](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)**ACOMPANHE O PROCESSO**[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)[\(https://www.seguradoralider.com.br\)](https://www.seguradoralider.com.br)[\(https://www.seguradoralider.com.br/seguradoralideroficial/\)](https://www.seguradoralider.com.br/seguradoralideroficial)  
seguradoralideroficial/  
dpvat**Serviços**

- › Acompanhe seu Processo </Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>
- › Consulta a Pagamentos </Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>
- › Saiba Como Pagar </Pages/Saiba-como-pagar.aspx>
- › Pontos de Atendimento </Pontos-de-Atendimento>
- › Como Pedir Indenização </Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>

**Dúvidas e Respostas**

- › A Seguradora Líder </Pages/Quem-Somos.aspx>
- › Sobre o Seguro DPVAT </Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>
- › Informações Gerais </Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>

**Atendimento**[w.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo](http://w.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)

2/3



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 14/01/2021 12:01:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011412012391700000036616005>  
Número do documento: 21011412012391700000036616005

Num. 38395815 - Pág. 2

14/01/2021

Seguradora Líder Acompanhe o Processo

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso ([/termosdeuso](#))  
Diretiva de Privacidade ([/diretivadeprivacidade](#))



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA  
1ª VARA REGIONAL CÍVEL DE MANGABEIRA**

---

**PROCESSO NÚMERO - 0800130-36.2021.8.15.2003**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
**ASSUNTO(S):** [Seguro]

**AUTOR:** AILTON JOSE GOMES  
Advogado do(a) **AUTOR:** FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - PB14540

**REU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

---

**DESPACHO**

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu o benefício da justiça gratuita.

No caso dos autos, o autor é operador de máquinas e declarou não dispor de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios.



Assinado eletronicamente por: LEILA CRISTIANI CORREIA DE FREITAS E SOUSA - 21/01/2021 10:11:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110110110500000036618629>  
Número do documento: 21012110110110500000036618629

Num. 38398224 - Pág. 1

Com efeito, tal afirmação feita pelo promovente goza de presunção de veracidade e somente pode ser afastada mediante prova inequívoca em contrário. Portanto, se mostra possível, no caso vertente, a concessão da assistência judiciária gratuita.

Assim, considerando os elementos constantes nos autos, bem como a natureza da demanda, DEFIRO O BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA à parte autora, nos termos do art. 98, do CPC.

Por outro lado, o art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Ora, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuas.

A experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

De outra banda, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, desde que a parte autora concordasse em a ela submeter-se, designada para a mesma data, com o laudo respectivo apresentado na mesma ocasião, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.

Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.



Assinado eletronicamente por: LEILA CRISTIANI CORREIA DE FREITAS E SOUSA - 21/01/2021 10:11:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110110110500000036618629>  
Número do documento: 21012110110110500000036618629

Num. 38398224 - Pág. 2