



Número: **0827656-91.2015.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **21/10/2015**

Valor da causa: **R\$ 12150.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS
AUTOR	ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22653 30	21/10/2015 16:19	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
22653 37	21/10/2015 16:19	<a href="#">Declaração de hipossuficiência</a>	Documento de Comprovação
22653 41	21/10/2015 16:19	<a href="#">Documentos Pessoais</a>	Documento de Identificação
22653 49	21/10/2015 16:19	<a href="#">Boletim de Ocorrência</a>	Documento de Comprovação
22653 54	21/10/2015 16:19	<a href="#">Laudos Médicos</a>	Documento de Comprovação
10440 908	27/10/2017 11:53	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA, brasileira, portadora do RG n.º 1.320.494 SSP/SP e do CPF n.º 000.113.004-85, residente e domiciliado na Rua Tenente João B. de Oliveira n.103, Cristo Redentor João Pessoa/PB. Constitui e nomeia os Drs. DANIEL SILVA PINTO DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PE 36.348, o Dr. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB 9949 e Dra. BRUNA FERNANDES DANTAS, brasileira, Advogada, inscrita na OAB/PE 39.151 como seus procuradores, podendo ser intimados na Rua Severino Guimarães, 302, Mangabeira, João Pessoa/PB, onde receberão as intimações e notificações de praxe; ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, art. 38 parte final do CPC, especialmente para ajuizar Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, junto a VARA CIVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor e firmar acordos entre as partes, receber intimações, transigir, apresentar réplica, oposições, receber valores e dar quitação, receber alvarás judiciais junto aos cartórios das serventias judiciais, apresentar recurso e contra razões junto ao Tribunal de Justiça, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Os honorários advocatícios, em havendo contrato que os regule, serão pagos na base de 30%, (trinta por cento) sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

João Pessoa /PB, em 01 de outubro de 2015.

Outorgante: Roselia Maria Bernardo da Silva

Isento de reconhecimento de firma, face a Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que nova redação ao art. 38 do CPC.

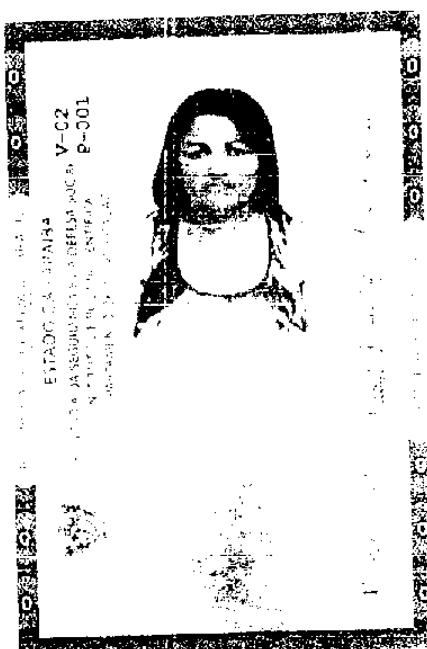
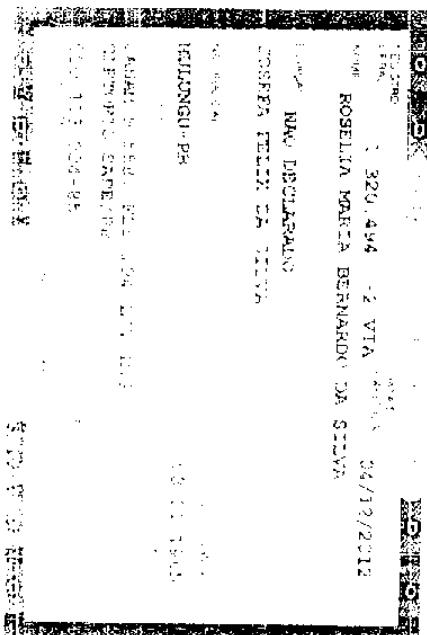
## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA, brasileira, portadoa do RG n.º 1.320.494 SSP/SP e do CPF nº 000.113.004-85 ,residente e domiciliado na Rua Tenente João B. de Oliveira n.103 , Cristo Redentor João Pessoa/PB**

DECLARA, para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DE PARAIBA**, nos termos da Lei n. 7.510, de 04 de julho de 1986, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não dispondo de meios para prover as custas do processo da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso o presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

João Pessoa/PB, em 01 de Outubro de 2015.

Declarante: Roselia Maria Bernardo da Silva.



002169 Rue Félix-le-Chevalier, s/n - 1090 Brussels/Bruxelles - TEL 32-313-570 - CNP 22 123 45678901234567890

00038472-1

CLIENTE	ROSEDA MARIA BERNARDO	ENDERECO	004-20.340.0045
ENDERECO	RUA DREN JOAC. B DE OLIVEIRA, 205 - LARANJEIRAS	CIDADE	SAO PAULO
BAIRRO	CRISTO REINADOR	CEP	05400-000
RESIDENCIAL	EDIFICAÇÃO LARNA	SITUAÇÃO BACALHÔ	RESIDENCIAL
DISALDO	RAIM. 0000	QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

LEITURA ATUAL	DATA	MEP	VALOR	VALOR MÉDIO	PERÍODO MÉDIO
LEITURA ANTERIOR					
CONSUMO DO MÊS (m³)					
DATA DA LEITURA					
DIAS DE CONSUMO					
CONDICAO DA LEITURA					
CONDICÃO DO PÁTRAMENTO					
ANO NORMALIDADE DA LEITURA					
ANORMALIDADE DE CONSUMO					
DATA DA PRÓXIMA LEITURA					

#### **Reader References**

TABLE 2 (continued)

JAN/2015 22, 01, 2015  
PARA SUA COMODIDADE PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET NO SITES SUCURSAL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
1<sup>ª</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL  
1<sup>ª</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
10<sup>ª</sup> DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**  
1794/2015

**CERTIFICO** em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº 1794/2015, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 24 de julho de 2015, nesta cidade de **JOÃO PESSOA**, Estado da Paraíba e na **10<sup>ª</sup> DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL**, evento **DIVERSOS**, sob a responsabilidade do Bel(a). **FERNANDO KLAYTON F. ANDRADE** Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das **09:01** horas, compareceu **ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA**, nascido(a) aos **08.01.1965**, filho(a) de **NÃO DECLARADO** e de **JOSEFA FELIX DA SILVA**, de nacionalidade **BRASILEIRO**, natural de **MULUNGU - PB**, **VIÚVA, FISCAL DE PORTARIA, 2<sup>º</sup> GRAU INCOMPLETO**, portadora(a) de Cédula de Identidade Nº **1.320.494**, expedida pela **SSP/PB**, com C.P.F. de Nº **000113004-85**, residindo à **RUA TENENTE JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA, 193, CRISTO**, na cidade de **JOÃO PESSOA - PB**, telefone: **(83) 3223-5048**, celular: **(83) 99389-9312**.

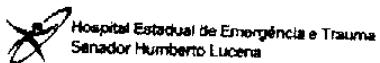
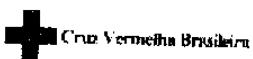
**Declarou que:**

QUE NO DIA 06.02.2015 POR VOLTA DAS 09:30 QUANDO VIAJAVA DE PASSAGEIRA NO ÔNIBUS QUE FAZ A LINHA 208 DA EMPRESA TRANSNACIONAL QUE FAZ A LINHA VALE DAS PALMEIRAS CRISTO NESTA CAPITAL NA LADEIRA DO RANGEL SENTIDO CENTRO / BAIRRO QUANDO O O CONDUTOR DO REFERIDO ÔNIBUS COLIDIU NA TRASEIRA DO ÔNIBUS QUE FAZ A LINHA 204 QUE ESTAVA PARADO TENDO A NOTIFICANTE CAIDO NO INTERIOR DO ÔNIBUS BATIDO COM A CABEÇA E FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS NESTA CAPITAL. *Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé. Este boletim tem validade indeterminada e não substitui os documentos originais.*

João Pessoa/PB, 24 de julho de 2015.

*Roselia Maria Bernardo da Silva*  
ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

ESCRIVÃO DE POLÍCIA



Boletim de Atendimento Emergencial: 812784

**Identificação do paciente**

ID 843466	Nome ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA		Sexo Feminino
Data de nascimento 08/01/1965	Idade 50 anos 29 dias	Estado civil VIUVO(A)	Religião EVANGELICA
Mae JOSEFA FELIX DA SILVA	Pai NAO DECLARADO		
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) EUSIVAN - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88603883	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32236048
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1320494B	Nº Cns 16567773580016	
Local de procedência RANGEL	Tipo BAIRRO		
Email NAO INFORMADO	Naturalidade MULUNGU	UF PB	CBOR/

**Endereço**

CEP 58071580	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Tenente João Batista de Oliveira
Número 193	Complemento	Bairro Cristo Redentor

**Admissão**

Data e Hora Prevista 06/02/2015 11:38:07	Número da pulseira 2815440	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente RUA
Classificação de risco VERMELHA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE ONIBUS	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Volo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	SAMU	

**Sinais Vitais**

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Diagnóstico

Atendido por  
LUCIA CRISTINA PERES DA SILVA

Imprimir

TOMOGRAFIA	
CRANIO	
Tempo 04min 28seg	
DATA: 06/02/15	



## Primeiro Atendimento Médico



### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

B.E.TSKL

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Acidente de carro*  
*No carro, caiu*

#### EXAME PRIMÁRIO

VIAS

 Pervias  Obstruídas

AÉREAS

 Sim  Não

#### VENTILAÇÃO:

THAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade Com dificuldade

#### VENTILAÇÃO MECÂNICA

 Apnéia

#### AUSCUTA PULMONAR:

##### 1- MURMURÍO VESICULAR

Presente e normal  
 Rude  
 Diminuído  
 Ausente

Presente e normal  
 Rude  
 Diminuído  
 Ausente

##### 2- RUIDOS

Sim  
 Não

HTO:  Roncos  
 Sibilos  
 Estertores

HTE:  Roncos  
 Sibilos  
 Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

#### DÉFÍCIT NEUROLOGICO

Pupilas:  Fotorreatente Paralisadas Isocônicas Anisocônicas

(diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow: *15*

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (c4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
Spontânea				
À solicitação verbal	3 Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2 Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1 Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
	Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
			Nenhuma	1
<b>TOTAL:</b>				

F(NG).CC.001-1



## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE: DATA:

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Doméstico	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Policia		
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	
	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros:
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Queimadura	
	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros:	
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup.	<input type="checkbox"/> Membros inf.	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/> Outros:	

## DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SÍNTOMAS: / /

EXAME FÍSICO	PA: / mmHg	P: bpm	SpO2:	Tax:		
Sistema Neurológico:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Incômodo	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado		
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Isocônicos	Tamanho:	<input type="checkbox"/> Midriase			
Avaliação das pupilas:	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Miose				
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas perivas			
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas			
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória			
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida			
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros:				
	<input type="checkbox"/> HIDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial		
	<input type="checkbox"/> HIB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda		
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rígidez abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal		
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poluriia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

<input type="checkbox"/> Internações	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cirurgias
--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

 Sim Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

 Sim Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

*Ediseo paciente vindo de  
Vila Rica. Paciente com  
quadro clínico de  
dolor no abdômen. Frio*

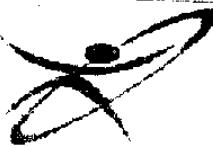
DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG) BNF 022-1

Enfermeira  
COREN 6108  
HETSH



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

**NOME: ROSELIA MARIA BERNARDO**

**BE: 812784**

**DATA: 11/3/2015 17:19**

**DATA EXAME: 06.02.15**

**RX. COLUNA CERVICAL, P  
VÉRTEBRAS CERVICais VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.**

**RX. COLUNA LOMBAR AP E P  
CORPOS VERTEBRAIS COM ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
DISCOS INTER-VERTEBRAIS CONSERVADOS.  
PEDICULOS E LAMINAS NORMAIS.**

**RX. MÃO AP E OB  
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
AUSÊNCIA DE FRATURA.**

**RX CRANIO: AP E PERFI. I.  
CRÂNIO DE CONFIGURAÇÃO SIMÉTRICA.  
AUSÊNCIA DE FRATURA.**

*Exame(s) realizados(s) com indicações técnicas corretas, sendo feito com caráter de  
urgência/emergência.*

*Obs.: sugerimos correlação clínica e laboratorial.*

123

*Caio Meireles*  
**DR. CAIO MARIO MEDEIROS  
RADIOLOGISTA CRM 3645**



† DMF +  $\text{CH}_3\text{COCl}$   $\rightarrow$   $\text{CH}_3\text{CO}-\text{DMF}$

Paciente vítima de acidente automobilístico (blisão - autor da  
Ocorrência) há 6h. No momento apresentava-se em D.E.C. Nega vomito e  
diarreia. Ao Exame físico, apresenta P.C.C. em região frontal (D).  
Ao Exame de imagem apresenta contornos ósicos preservados. São visíveis  
superfícies de fratura das áreas da face, membranas meníngeas  
preservadas e coluna estrel.

- Q. ① Gane dirito  
 ② Gane de impre  
 ③ Satura  
 ④ Prescripcis  
 ⑤ Altra da Bmf + orientacis

Dr. Waldemar S. Honig  
Cir. Pediátrico - Facial  
C.R. 3993

Walt Disney # Never Say

PT.CE. See 8/2006 of

James Frost Allen

FCC Submits

Ecg = 15,000 Defibr

Ripples in Palms

TC to know - Sear

## Evolution of our Housewife

Today's 1/ on Horology

Robert

Markos I. Sello Jr.

Wesley  
N. 1000 de Segura  
C.R. - 0015



**Poder Judiciário da Paraíba  
5ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0827656-91.2015.8.15.2001

**DESPACHO**

**Vistos, etc.**

O objeto desta ação é referente a cobrança de Seguro DPVAT.

Compulsando os autos, observa-se que a parte demandada contestou independente de citação.

Assim, defiro a gratuitade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC.

Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da conveniência quanto a realização de audiência conciliatória.

Cite-se e Intime-se a parte Ré para contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de Contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

JOÃO PESSOA, 27 de outubro de 2017.

**Onaldo Rocha de Queiroga**

Juiz de Direito