

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente Instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Servino José de Souza Moura
Qualificação: Brasil
CPF/MF: 905 278 954 15 RG: 4451379
Endereço: Av. Min. José Américo de Almeida, 110, Torre
58 040-300 João Pessoa - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiuva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 28 de março de 2016.

Servino José de Souza Moura
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1177344/16
Vítima: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS
CPF: 905.278.954-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/03/2016
Titular do CPF: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

12/11/72

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS : 905.278.954-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 01/12/2016
Nome: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS
CPF/CNPJ: 905.278.954-15

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/12/2016
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Sandra Maria Accioly Pedrosa



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Serevino Joz de Souza Morais
PORTADOR(A) DO RG Nº 04451379 0 EXPEDIDO POR SSP EM 22/09/06 E
CPF 0105278959-15 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Estoqueiro
E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Serevino Joz de S. Morais, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0617 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21326-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

g. Pessoa S de setembro de 2016
LOCAL E DATA

Serevino Joz de Souza Morais
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Serenio José de Souza Moura, portador da carteira de identidade nº 4451378 e inscrito no CPF/MF sob o nº 905278954-15, residente e domiciliado na Av. Min. José Américo de Almeida, Cidade João Pessoa, Estado PB, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Serenio José de Souza Moura

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 5/9/16

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sereuino José de Souza Morais,

RG nº 4451379, data de expedição 22/09/06, Órgão SSP

CPF nº 905278954-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

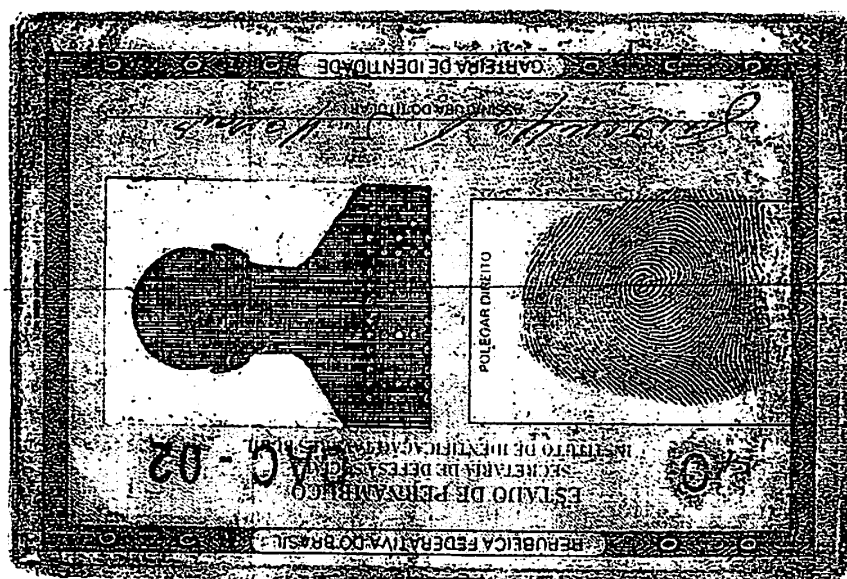
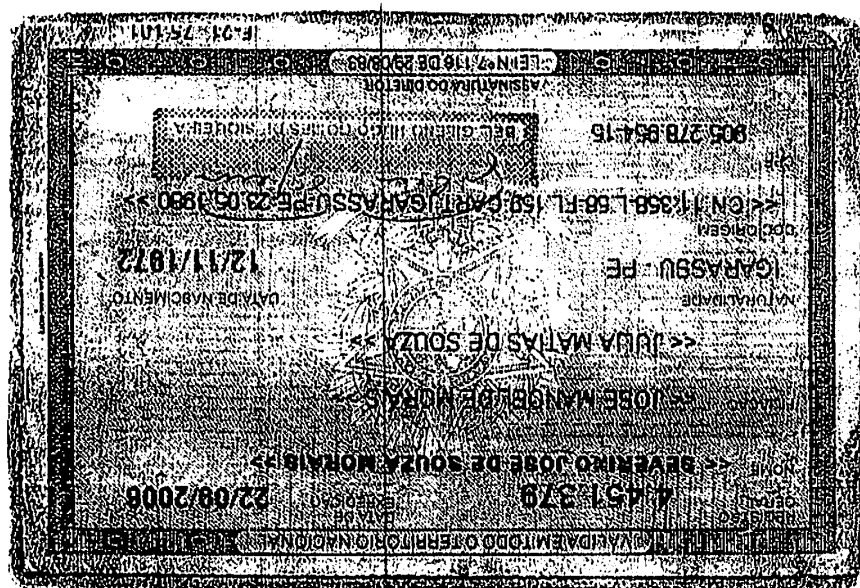
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>V. Min. José Américo de Almeida</u>
Número	<u>110</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Torre</u>
Cidade	<u>José Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58040-300</u>
Telefone de Contato	<u>981600435 / 988442613</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa, 5/9/10

Assinatura do Declarante: Sereuino José de Souza Morais







Quênia GVT
Rua Lacerda Costa, 240
CEP: 50010-000, Recife, PE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
GLOBAL VILLAGE TELECOM S.A.
Rua Lacerda Costa, 240
CEP: 50010-000, Recife, PE

CENTRAL DE ATENDIMENTO
TELEFONIA E BANDA LARGA: 103 25

CENTRAL DE ATENDIMENTO
TV POR ASSINATURA: 106 25

DEFICIENTES AUDITIVOS
E DE FALA: 142

www.gvt.com.br

CLAUDIA LUCIA FIRMO DA SILVA

AVENIDA MINISTRO JOSE AMERICO DE
ALMEIDA, 110
TORRE
58040-300 JOAO PESSOA PB

Validade Vencimento: 15/03/2016		Valor a Pagar (R\$): 137,58
Código do cliente 8999 9967 3404	Data de emissão 01/03/2016	Estado de instalação Paraíba
Nº do telefone 8330313846	Tipo de cliente Residencial	Número da fatura 0322925787-0
Período de apuração 27/01/2016 a 26/02/2016		

RESUMO

PRESTADORA GVT

Plano Contratado / Serviços Mensais

Internet

Serviço Internet - 10Mbps - 10Mbps

Telefone

Serviço Móvel - 10Mbps - 10Mbps

Total

Serviços Eventuais

Total

TOTAL GERAL A PAGAR

VALOR (R\$)

100,54

33,80

134,14

3,44

137,58

Histórico de consumo

Total a pagar em reais das faturas com vencimento em:

Tipo de ligação Janeiro Fevereiro Março

Em 29/05/2016, os números celulares dos DDDs 61,62, 64, 63, 65, 66, 67, 68,69 passarão a ter 9 dígitos. Será acrescentado o dígito "9" antes do número atual, passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Informações em www.gvt.com.br/9digito

AVISO IMPORTANTE

Nossos registros indicam débito(s) pendente(s) no valor de R\$ 133,09.
Evite suspensão do serviço e despesas desnecessárias pagando sua conta em dia. Caso já tenha pago até 03/03/2016 favor desconsiderar esta mensagem.

*O pagamento desta fatura não liquida débitos pendentes. Em caso de atraso no pagamento, serão cobrados encargos moratórios (multa de 2% + 1% de juros ao mês) na fatura seguinte.
Serviço de atendimento ao cliente: 1331 (0800) 1331 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br
Serviço de atendimento ao cliente: 1331 (0800) 1331 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br

(045) PSABU013/POS/SCM (028) PAS 041/POS/Local







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS
DATA DE NASCIMENTO	12/11/72
NOME DA MÃE	JULIA MATIAS DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	94.081
BOLETIM DE ENTRADA N.º	907.546
DATA DO ATENDIMENTO	19/03/16
HORA DO ATENDIMENTO	12:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR DIREITO
CID 10	S72.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente vítima de acidente de motocicleta, referindo dor forte em coxa direita. Com dificuldade de mobilização. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de fêmur direito. Internação para cirurgia. Foi operado e evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia AP
RX de quadril direito AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur proximal direito.

ALTA HOSPITALAR:	06/04/16
DATA DA EMISSÃO:	30/07/16

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Luciano José da Silva</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>19/03/16</u>			Data da alta: <u>06/04/16</u>		
Diagnóstico inicial: <u>lesão traumática</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Rx</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RAT</u>					
<u>Dr. Antônio de Gusmão</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>alta em boas condições</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: _____					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório <u>RAT</u> <u>04/04/16</u> dias para revisão.					
João Pessoa: <u>04</u> de <u>04</u> de <u>16</u>					
Assinatura: _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 604/074, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1205147, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SEVERINO JOSÉ DE SOUZA MORAIS** idade 43 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro e moto)** no dia 19/03/2016, na Av. Mal. Deodoro da Fonseca, Bairro: Torre - João Pessoa, aproximadamente às 11:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Abril de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREMOP nº 210171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 01076.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01076.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 02 dias do mês de Junho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 10:21 horas, compareceu **SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão ESTOQUISTA, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 12 de Novembro de 1972, idade 43, filiação JULIA MATIAS DE SOUZA e JOSE MANOEL DE MORAIS, Documento - CPF: 905.278.954-15, residente AV. MIN. JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, 110, Torre, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 99816-0435

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 19/03/16 11:45

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: AV. MAL. DEODORO DA FONSECA, Torre, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/03/2016, POR VOLTA DAS 11:30 HORAS, QUANDO CONDUZI A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA NQC9434/PB, CHASSI - 9C2JC4110BR754882, REGISTRADA EM NOME DE ALBERDAN CORREA DE ANDRADE, PELA AV: MAL. DEODORO DA FONSECA, BAIRRO: TORRE - JOÃO PESSOA/PB, O NOTIFICANTE ESTAVA PARADO EM UM SEMÁFORO QUE ESTAVA VERMELHO E AO FICAR VERDE, O NOTICIANTE AO SAIR FOI ATINGIDO NA LATERAL DIREITA POR UM VEÍCULO QUE PASSOU NO SINAL VERMELHO, E EM DECORRÊNCIA DESSE FATO VEIO A SOFRER FRATURA DE FÊMUR DA PERNA DIREITA, SENDO SOCORRIDO E CONDUZIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Procedimento: 01076.01.2016.1.02.202



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 02 de Junho de 2016

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Noticiante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigacao



Procedimento: 01076.01.2016.1.02.202



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Allerton Correa de Andrade,
RG nº 2251626, data de expedição ///,
Órgão , portador do CPF nº 03414063417, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. José Américo de Almeida, nº 110,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sereno José de Souza Moura cujo o condutor era
o mesmo.

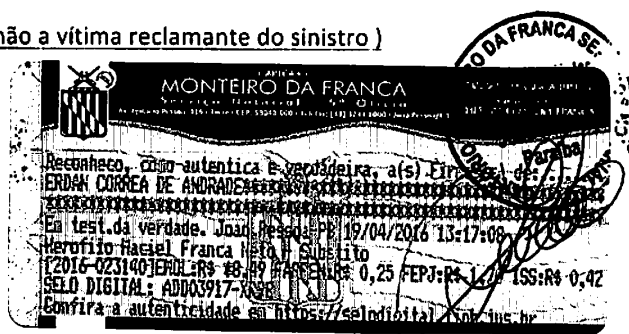
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CB 125 Fan
Ano: 2011
Placa: NQC 9434
Chassi: 9C25 C4110 BR 734882
Data do Acidente: 19.03.16
Local e Data: J. Pessoa 5/9/16



Allerton C de Andrade
Assinatura do Declarante

Sereno José de Souza Moura

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0803790-83.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

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

Compulsando os autos, observa-se que a parte demandante vem em Juízo requerer a complementação do valor já pago de forma administrativa.

Inicialmente, defiro a gratuidade 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, 31 de outubro de 2017.

Onaldo Rocha de Queiroga

Juiz de Direito

