



Número: **0803790-83.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **30/01/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS (AUTOR)	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)	

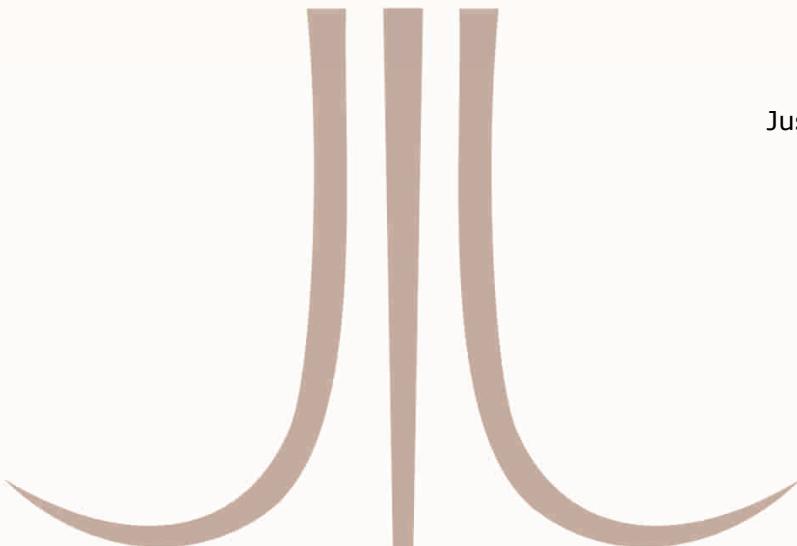
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64088 07	30/01/2017 21:59	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
64088 16	30/01/2017 21:59	<u>DPVAT adm severino jose de souza</u>	Memorial
64088 33	30/01/2017 21:59	<u>prot adm severino jose</u>	Outros Documentos
64088 36	30/01/2017 21:59	<u>adm severino jose de s morais</u>	Outros Documentos
10527 618	31/10/2017 21:16	<u>Despacho</u>	Despacho

anexa



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 30/01/2017 21:58:54, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 30/01/2017 21:59:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17013021591143800000006290166
Número do documento: 17013021591143800000006290166

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ª VARA
CÍVEL – JOÃO PESSOA – PB.**



Justiça Gratuita

SEVERINO JOSÉ DE SOUZA MORAIS, inscrito no CPF sob o nº 905.278.954-15, residente e domiciliado na Av. Min. José Américo de Almeida, 110, Torre, CEP: 58.040-300, Jaguaribe, João Pessoa – Paraíba, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)
EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE

em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **19.03.2016**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS EM LEI, DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PAGA O REFERIDO PAGAMENTO.

Diante desses fatos, resta à requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito deles.

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.

Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

"A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento, ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados". (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.



Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

"APELAÇÃO CÍVEL - COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - LEGITIMIDADE - SEGURADORA - Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para responder ação que vise o recebimento de seguro obrigatório de veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar aquela que melhor lhe aprouver, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados". (TAMG - AP 0350628-9 - Uberlândia - 1ª C. Cív. - Rel. Juiz Silas Vieira - J. 18.12.2001) (destaque nosso)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado". (grifo nosso)

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

"A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei". (destaque nosso).



Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

"STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização".

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:
'Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:
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;
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.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c)** Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d)** Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 23 de janeiro de 2017.

Fabio Carneiro Cunha Lima
Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho
Advogada – OAB-PB nº. 11.968

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



Quesitos para a perícia:

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
 - 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
 - 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
 - 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
 - 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
 - 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
 - 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
 - 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
 - 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Sereno José de Souza Moraes
Qualificação: Jurídico
CPF/MF: 905 278 954-15 RG: 4451379
Endereço: Av. Min. José Júlio de Almeida, 110, Torre
58 040-320 João Pessoa - PB

OOUTORGADOS: 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 Bocaiúva, 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 hospitals 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 maio de 2016.

Sereno José de S. Moraes
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

12/11/172

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

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

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, Edemirino José de Souza Moreira

POR(DA) RG Nº 04451379 EXPEDIDO POR SSP EM 22/09/06 E

CPF 10523895915 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Desajuntado

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edemirino José de S. Moreira. 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 Lotéricas 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0617 N° 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. P. Souza S. de setembro de 2016

LOCAL E DATA

Edemirino José de Souza Moreira

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.dpvatesegurodotransito.com.br](http://dpvatesegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Serenino José de Souza Moraes, portador da carteira de identidade nº 4451378 e inscrito no CPF/MF sob o nº 905278954-15, residente e domiciliado na Arv. Mun. 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.

a 81011400 José de Souza Moraes.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. Pessoa, 5/9/16

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino José de Souza Moraes,

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.R. Min. José Américo de Almeida</u>
Número	<u>110</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tone</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58040 300</u>
Telefone de Contato	<u>981600435 / 988442613</u>
E-mail	

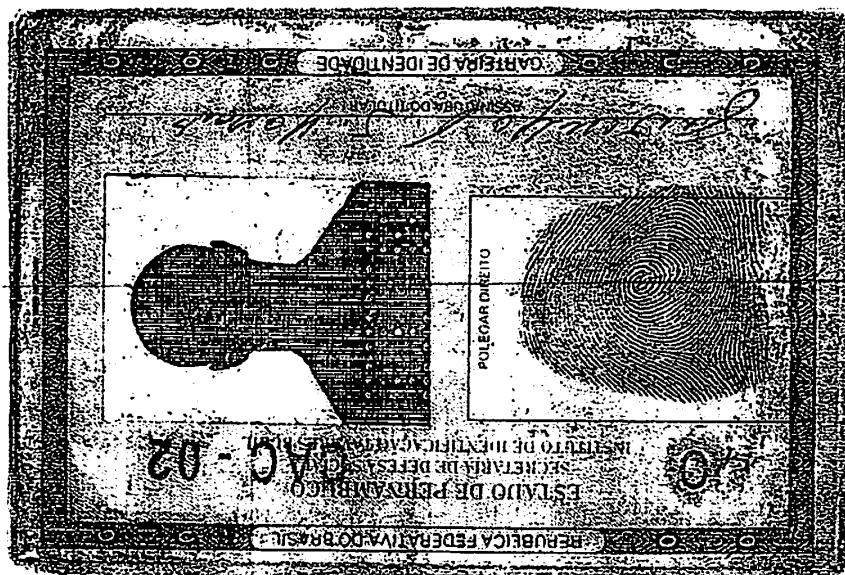
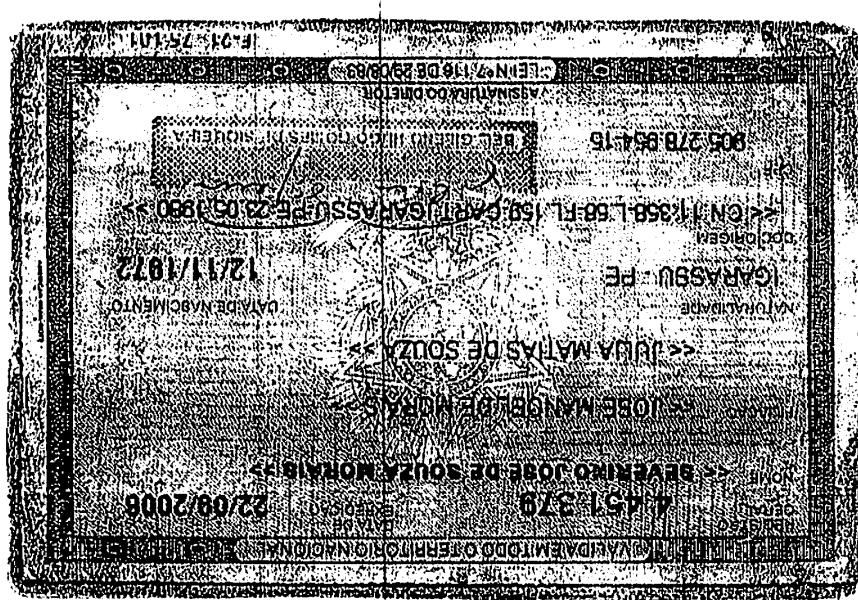
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

j. Pessoas, 5/9/10

Assinatura do Declarante: Severino José de Souza Moraes





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 30/01/2017 21:59:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17013021582765600000006290195>
Número do documento: 17013021582765600000006290195

Num. 6408836 - Pág. 4



Ouvirderia GVT
Central de Atendimento
GVT
Av. das Américas, 1000 - Centro
Cidade de São Paulo - SP - CEP 04530-000

ENDERECO PARA CORRESPONDÊNCIA
GLOBAL VILLAGE TELECOM S.A.
RUA GUARAPUAVA, 200
CEP 58040-000 - JOÃO PESSOA - PB

CENTRAL DE ATENDIMENTO
TELEFÔNICA 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 TORRE
TORRE
58040-300 JOAO PESSOA PB

DATA: 15/03/2016
Vencimento: 27/03/2016

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 03292957870

Período de apuração
27/01/2016 a 26/02/2016

RESUMO

PRESTADORA GVT

Plano Contratado / Serviços Mensais

Internet

Serviço Internet Fixo para Residência

Telefone

8330313846 - Serviço à Município PB

Total

Serviços Eventuais

8330313846 - Serviço à Município PB

Total

TOTAL GERAL A PAGAR

VALOR (R\$)

100,54
4,80
134,14

137,58

Histórico de consumo

Total: 137,58 com min. pag. da fatura com vencimento: 27/03/2016

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 dessa fatura não liquida débitos pendentes. Em caso de atraso no pagamento, serão cobrados encargos moratórios (máximo de 2% + 1% do juro ao mês) na fatura seguinte. Fornecemos serviços de telefonia fixa, móvel e banda larga. Nossos DDDs são: 12, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 31, 41, 43, 49, 65 e 91. Central de atendimento: Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Tarifa mínima para cada chamada é de R\$ 0,10. O valor da chamada é dividido por 43.200 minutos. I.E. 0,10/43.200 = 0,000002317. O valor da chamada é dividido por 43.200 minutos. I.E. 0,10/43.200 = 0,000002317.

(046) 55480103/POS/SCM (026) PAS 041/POS/Local



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 30/01/2017 21:59:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17013021582765600000006290195>

Num. 6408836 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 30/01/2017 21:59:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17013021582765600000006290195>
Número do documento: 17013021582765600000006290195

Num. 6408836 - Pág. 6

	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 FÉMUR 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RX de bacia AP <input checked="" type="checkbox"/> 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: <i>José Luiz da Silva</i>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão	<i>11/03/16</i>		Data da alta:	<i>06/04/16</i>	
Diagnóstico inicial:	<i>CCIT - TUBERCULOSIS (D)</i>				
Diagnóstico final:					
Ouros diagnósticos:					
Principais exames:	<i>Rx</i>				
Cirurgia realizada - data e equipe:	<i>RATT</i>				
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Résultado bacteriologia					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Résumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	<i>até o dia 10/03/16</i>				
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Répouso:					
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 Helder Lucena.					
Medicações para casa:					
Réturno:					
Ao posto de saúde em <i>PTCP</i> para retirada de ponto					
Ao ambulatório <i>PTCP</i> _____ dias para revisão.					
João Pessoa: <i>16</i> de <i>04</i> de <i>16</i>					
<i>Assinatura do médico CRM</i>					
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



TCPJ 08.806.754/0015-40
CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diogo de Vasconcelos, 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 6044074 DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1205447, atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente SEVERINO JOSÉ DE SOUZA MORAIS idade 43 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão entre carro e moto) no dia 19/03/2016, na Av. Mal. Deodoro da Fonseca, Bairro: Torre - João Pessoa, aproximadamente às 21:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Hélio Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Abril de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRM-EPI nº 21071

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 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
1^a Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



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 LEITâO FILHO, comigo, RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO, Agente De Investigacao, 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 FÉMUR 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
1^a 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 Moraes
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



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 30/01/2017 21:59:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17013021582765600000006290195>
Número do documento: 17013021582765600000006290195

Num. 6408836 - Pág. 11

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Allerton Boneca 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)
Rua José Amorim de Almeida, nº 110,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Silvana Raquel de Souza Morais cujo o condutor era
o mesmo.

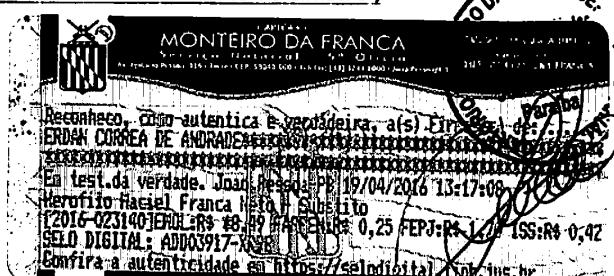
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 125 FAN
Ano: 2011
Placa: NQC 9434
Chassi: QC2J C4110BR 734882
Data do Acidente: 19.03.16
Local e Data: J. Pessoa 5/9/16



Allerton L. de Andrade
Assinatura do Declarante

Silvana Raquel de Souza Morais,

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 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, 31 de outubro de 2017.

Onaldo Rocha de Queiroga

Juiz de Direito

