



Número: **0840818-85.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **22/08/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA (AUTOR)	José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO) VLADISLAV RIBEIRO DE SOUZA (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
93162 47	22/08/2017 13:47	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
93162 99	22/08/2017 13:47	<a href="#">docs alecsandro-otimizado 1</a>	Documento de Comprovação
93163 17	22/08/2017 13:47	<a href="#">docs alecsandro-otimizado 2</a>	Documento de Comprovação
93163 58	22/08/2017 13:47	<a href="#">docs alecsandro-otimizado 3</a>	Documento de Comprovação
93163 73	22/08/2017 13:47	<a href="#">docs alecsandro-otimizado 4</a>	Documento de Comprovação
93163 98	22/08/2017 13:47	<a href="#">docs alecsandro-otimizado 5</a>	Documento de Comprovação
10634 826	08/11/2017 18:00	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
19798 807	14/03/2019 16:56	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
20349 413	05/04/2019 12:52	<a href="#">Petição juntada de procuração</a>	Petição
20349 509	05/04/2019 12:52	<a href="#">procuração alexsandro</a>	Procuração
24452 843	16/09/2019 13:49	<a href="#">Junt.certidão/despacho-substituição de perito</a>	Certidão
24452 846	16/09/2019 13:49	<a href="#">Certidão/Despacho-substituição do perito</a>	Outros Documentos
24453 840	16/09/2019 13:55	<a href="#">Audiência/perícia designadas</a>	Certidão
24551 326	18/09/2019 18:13	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
24552 517	18/09/2019 18:55	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
24552 534	18/09/2019 19:11	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
24581 335	19/09/2019 15:54	<a href="#">Carta</a>	Carta
24697 681	24/09/2019 14:57	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
25120 712	08/10/2019 14:28	<a href="#">Junt. de AR - Mapfre Vera Cruz</a>	Certidão

25120 720	08/10/2019 14:28	<a href="#"><u>AR recebido-Mapfre Vera Cruz</u></a>	Aviso de Recebimento
25123 121	08/10/2019 15:07	<a href="#"><u>Ato Ordinatório</u></a>	Ato Ordinatório
25123 945	08/10/2019 15:18	<a href="#"><u>Mandado</u></a>	Mandado

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB.

PROMOVENTE: ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA

PROMOVIDO: MAPHRE SEGURADORA

**ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA**, brasileiro, casado, gráfico , portador da Cédula de Identidade/RG sob nº 3599260 -SSP-PB, inscrito no CPF: 090.909.864-64 , residente e domiciliado na Rua José Paulino Cavalcante, 204, Bairro Popular- Santa rita -PB , vem por advogados, adiante assinados, vem com mui respeitosamente à presença de vossa Excelência, propor a presente:



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1708221345310820000009116606>  
Número do documento: 1708221345310820000009116606

Num. 9316247 - Pág. 1

## **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - INDEFERIDO ADMINISTRATIVAMENTE**

Contra, **MAPFRE SEGUROS S/A**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ 61074175008201, situada na Rua Epitácio Pessoa N- 723, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB , onde deverá ser citada na pessoa de seu representante legal para, querendo, responder aos termos da presente demanda, sob pena de revelia e confissão pelos motivos fáticos e jurídicos a seguir:

### **DOS FATOS**

I- O promovente, no dia 07 de junho do ano de 2016, sofreu acidente de trânsito quando perdeu o controle da a moto em que pilotava ( Honda 125 FAN KS, de placa QFJ6145). O fato de se deu na cidade de Santa Rita-PB, na rua Professor Severo Rodrigues.

II- Em virtude do impacto, o promovente sofreu séria fratura em seu membro superior esquerdo.

III- Foi socorrido pelo SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL HUMBERTO LUCENA , nesta capital.

IV – Mesmo com tratamento o promovente não se recuperou, ficando, em consequência do fato, com sequelas de natureza permanente.

VI- O promovente teve seu cadastro bloqueado pela promovida, que com o bloqueio não chegou a examinar o pedido do promovente. Como até a presente data não foi deferido ou indeferido o pedido do promovente, não havendo justificativa, não tem outra solução o autor senão promover a presente demanda.

Desta forma, requer a condenação da promovida no pagamento do valor que cabe ao promovente receber, ou seja o valor de R\$ 9.450,00 ( nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

### **DO DIREITO**

#### **LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974:**



**Dispõe sobre o seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou sua carga, a pessoas transportadas ou não.**

**Artigo 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante a simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do Segurado.**

**Artigo 7º 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 consórcio, constituindo obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.**

**Art. 10. Os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, que serão pagas diretamente ao beneficiário, observados os valores previstos nas normas vigentes, por pessoa vitimada.**

**DA TABELA INSERTA NA MPV 451**

**Danos Corporais Totais**

**Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico**



## Percentual da Perda

**Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores**

**100**

**Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés**

**Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital**

## Danos Corporais Segmentares (Parciais)

**Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores**

### Percentuais das Perdas

**Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos** 70

**Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores**

**Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés** 50

**Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar** 25

**Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo**

**Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão** 10



**Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé**

**Danos Corporais Segmentares (Parciais)**

**Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais**

**Percentuais das Perdas**  
**Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho** 50

**Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral** 25

**Perda integral (retirada cirúrgica) do baço** 10

#### **DA JURISPRUDÊNCIA**

**Torna-se claro que, quando existe pagamento em sede administrativa e discussão acerca do valor pago, faz-se necessária nova perícia para que possa no caso ser determinado de forma mais precisa e definitiva sobre a lesão no promovente assim como toda sua repercussão.**

**APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. DIFERENÇA. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. PERÍCIA MÉDICA. AUSÊNCIA. PROVA NECESSÁRIA. JULGAMENTO ANTECIPADO. SENTENÇA. CASSAÇÃO.** É certo que para o ajuizamento da ação de cobrança de diferença de indenização de seguro obrigatório DPVAT não é necessária a apresentação, com a inicial, do laudo do IML, notadamente se a seguradora já reconheceu, parcialmente, o direito do autor, pagando-lhe o valor que entendia devido. Não obstante, para o julgamento da ação, é imprescindível a realização da perícia para se aferir o vero grau de invalidez do requerente, quando não haja nos autos outro meio de prova idônea que permita tal conclusão. A sentença, no caso, deve ser cassada em acolhimento à preliminar levantada de ofício, para a produção da prova.(TJ-MG - AC: 10433103214519001 MG, Relator: Luciano Pinto, Data de Julgamento: 09/05/2013, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 21/05/2013) (grifo nosso).



**APELAÇÃO CÍVEL - COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - DIFERENÇA - PERÍCIA MÉDICA - AUSÊNCIA - PROVA NECESSÁRIA - JULGAMENTO ANTECIPADO - NÃO CABIMENTO - SENTENÇA - CASSAÇÃO.** - Para o julgamento da ação de cobrança de diferença de indenização de seguro obrigatório DPVAT é imprescindível a realização de perícia para se aferir o vero grau de invalidez da parte requerente, quando não haja nos autos outro meio de prova idônea que permita tal conclusão. - A sentença, no caso, deve ser cassada em acolhimento à preliminar levantada pelo autor para a produção da prova.(TJ-MG - AC: 10433120046597001 MG , Relator: Luciano Pinto, Data de Julgamento: 10/10/2013, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 22/10/2013)(grifo nosso).

**APELAÇÃO CÍVEL - CONHECIMENTO PARCIAL - PLEITO RECURSAL DEFICIENTE - AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO FÁTICA OU JURÍDICA - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - DIFERENÇA/COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR PAGO ADMINISTRATIVAMENTE - QUANTIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ - CORREÇÃO MONETÁRIA - DATA DO EVENTO DANOSO - ÔNUS SUCUMBENCIAIS DEVIDOS - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - VALOR FIXADO - MANUTENÇÃO.** O pleito recursal desacompanhado de fundamentação fática ou jurídica não merece conhecimento. "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez." (Súmula 474). "A quantificação do grau de invalidez para a fixação do valor da indenização do seguro DPVAT é aplicável mesmo aos fatos ocorridos antes da vigência da Medida Provisória n. 451/2008, já que esta tão-somente regulamentou situação já prevista pela Lei n. 6.194/1974." (EDcl no AREsp 309855/SC, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma do STJ, j. 20/02/2014, DJe 05/03/2014). Se o pagamento da indenização, na via administrativa, não observou o grau de invalidez do beneficiário, deve ser julgado procedente seu pedido de pagamento da diferença/complementação do valor do seguro DPVAT. "Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso. "(AgRg no AREsp 46024/PR, Rel. Min. Sidnei Beneti, Terceira Turma do STJ, j. 16/02/2012, DJe 12/03/2012). Restando evidente que a seguradora deu causa ao ajuizamento da ação ao não calcular e pagar, de forma devida, o valor do seguro DPVAT a que o beneficiário tinha direito, tendo, assim, sucumbido perante o pleito inicial, deve ela suportar os ônus da sucumbência. Tendo sido devidamente observado o § 3º, do artigo 20, do Código de Processo Civil, para a fixação do valor dos honorários advocatícios, não há que se falar em sua redução. Recurso conhecido em parte e, na parte conhecida, não pro vido.(TJ-MG - AC: 10394120021347001 MG, Relator: Veiga de Oliveira, Data de Julgamento: 06/05/2014, Câmaras Cíveis / 10ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 16/05/2014)( grifo nosso).

#### DO PEDIDO

1- A citação do promovido no endereço acima declinado, para, querendo, responder aos temos da presente demanda, sob as penas impostas pela lei pertinente;



**2- Provar o alegado por todos os meios admitidos em direito, requerendo todos, desde já,especialmente perícia no promovente.**

**3- Que seja condenada a promovida a pagar ao Promovente a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), mais juros, desde o indeferimento administrativo e correção monetária.**

**4- Os benefícios da Justiça Gratuita, de acordo com a Lei 1650/50, por ser o promovente pobre, na forma da Lei, assim como a designação de audiência de conciliação.**

**5-Requer, por fim, que seja a promovida condenada em verba honorários de sucumbência no percentual de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação.**

**Dando ao pedido o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**

**Nestes Termos,**

**Pede Deferimento.**

**João Pessoa 22 de agosto de 2017**

**ALBERTO DE SÀ E BENEVIDES VLADISLAV RIBEIRO**

**OAB-PB 10.469 OAB-PB 11.290**



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1708221345310820000009116606>  
Número do documento: 1708221345310820000009116606

Num. 9316247 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213453108200000009116606>  
Número do documento: 17082213453108200000009116606

Num. 9316247 - Pág. 8



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 925487



Identificação do paciente			
ID 1045707	Nome ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA		Sexo Masculino
Data de nascimento 29/06/1991	Idade 24 anos 11 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA	Pai SEVERINO GOMES DE SOUZA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ROSANGELA BRITO DE SOUZA		
DDD Móvel	Fone Móvel		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3599260		
Local de procedência SANTA RITA	BE.: 925487 8 4253425 TI: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA MI: DT. NASC.: 29/06/1991 MRE: ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA		
Email	Naturalidade CB		
Endereço			
CEP 58301205	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro NILO PEÇANHA
Número 604	Complemento	Bairro POPULAR	
Admissão			
Data e Hora 07/06/2016 11:26:00	Número da pulseira 4253425	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	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 []	Ultrasoundografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico		CID	
Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA		Tempo 04min 05seg	

Imprimir

08/07

07/06/2016 11:30





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento Médico

4253425  
ALEXANDRO GONCALVES DE SOUZA BE.: 925487  
DT. NASC.: 29/06/1991  
MAE: ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA

END.: NILO PEREIRA  
N. 664 - POPULAR  
SANTA RITA  
FONE: ( )  
CELULAR: ( )  
IDADE: 24  
DT. ENTRADA:

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

#### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, ao tentar virar-se de tronco na estrada; infarto que caiu apoiado em tronco erguido e deu de costas permanecendo com região lombar + deformidade sem mais queixas. Negativa: TCE / náuseas / vômitos / cefaleia / perda da consciência.

Cervical: Sim dor a palp., N/A crepitacões

Tórax: Sim dor a palp., N/A crepitacões

Abdome: Sim dor a mobiliz. estável, N/A enzemas deformidades + dor em embolo venoso

#### EXAME PRIMÁRIO

VIAS  
AÉREAS  Péricáps ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não

#### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

#### ( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

#### ( ) APNÉIA

#### AUSCULTA PULMONAR:

##### 1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD  Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

HTE  Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

##### 2- RUIDOS

( ) sim

HTD  Roncos  
Sibilos  
Estertores

HTE  Roncos  
Sibilos  
Estertores

#### DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas:  Fotorreageente

( ) Paralisadas

Isocôricas

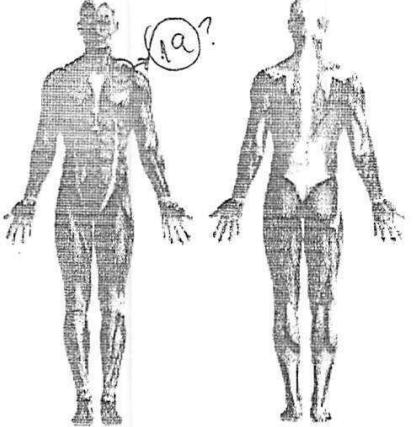
( ) Anisocôricas

(diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confusa / 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
TOTAL:	15			Nenhuma	1

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: <u>reag</u>																																																																								
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: _____																																																																								
IMUNIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: _____																																																																								
PATOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: _____																																																																								
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: _____																																																																								
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado																																																																									
<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>Abrasão</td> <td>19</td> <td>Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Amputação</td> <td>20</td> <td>Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Avulsão</td> <td>21</td> <td>Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Contusão</td> <td>22</td> <td>Ingurgitamento Nervoso</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Crepitação</td> <td>23</td> <td>Lacerção</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Dor</td> <td>24</td> <td>Lesão Tendínea</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Edema</td> <td>25</td> <td>Luxação</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Empalamento</td> <td>26</td> <td>Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Efisema subcutâneo</td> <td>27</td> <td>Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Esmagamento</td> <td>28</td> <td>Objeto Encravado</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Equimose</td> <td>29</td> <td>Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>F. Arma Branca</td> <td>30</td> <td>Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>F. Arma de Fogo</td> <td>31</td> <td>Paresia</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>F. Contuso</td> <td>32</td> <td>Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>F. Cortante</td> <td>33</td> <td>Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>F. Corto-Contuso</td> <td>34</td> <td>Rinorragia</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>F. Perfuro-Contuso</td> <td>35</td> <td>Sinais de Isquemia</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>F. Perfuro-Cortante</td> <td>36</td> <td> </td> </tr> </table>			1	Abrasão	19	Fratura Óssea Fechada	2	Amputação	20	Fratura Óssea Aberta	3	Avulsão	21	Hematoma	4	Contusão	22	Ingurgitamento Nervoso	5	Crepitação	23	Lacerção	6	Dor	24	Lesão Tendínea	7	Edema	25	Luxação	8	Empalamento	26	Mordedura	9	Efisema subcutâneo	27	Movimento torácico paradoxal	10	Esmagamento	28	Objeto Encravado	11	Equimose	29	Otorragia	12	F. Arma Branca	30	Paralisia	13	F. Arma de Fogo	31	Paresia	14	F. Contuso	32	Parestesia	15	F. Cortante	33	Queimadura	16	F. Corto-Contuso	34	Rinorragia	17	F. Perfuro-Contuso	35	Sinais de Isquemia	18	F. Perfuro-Cortante	36	
1	Abrasão	19	Fratura Óssea Fechada																																																																							
2	Amputação	20	Fratura Óssea Aberta																																																																							
3	Avulsão	21	Hematoma																																																																							
4	Contusão	22	Ingurgitamento Nervoso																																																																							
5	Crepitação	23	Lacerção																																																																							
6	Dor	24	Lesão Tendínea																																																																							
7	Edema	25	Luxação																																																																							
8	Empalamento	26	Mordedura																																																																							
9	Efisema subcutâneo	27	Movimento torácico paradoxal																																																																							
10	Esmagamento	28	Objeto Encravado																																																																							
11	Equimose	29	Otorragia																																																																							
12	F. Arma Branca	30	Paralisia																																																																							
13	F. Arma de Fogo	31	Paresia																																																																							
14	F. Contuso	32	Parestesia																																																																							
15	F. Cortante	33	Queimadura																																																																							
16	F. Corto-Contuso	34	Rinorragia																																																																							
17	F. Perfuro-Contuso	35	Sinais de Isquemia																																																																							
18	F. Perfuro-Cortante	36																																																																								
OBS.:																																																																										
QUEIMADURA:																																																																										
Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura:	<input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau																																																																								
EXAMES SOLICITADOS																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal																																																																									
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)	<input type="checkbox"/> Gasometria arterial																																																																									
<input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																																																									
PROCEDIMENTOS REALIZADOS																																																																										
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO																																																																								
1	<u>Atendimento Inicial</u>	<u>10000</u>																																																																								
2	<u>Propenid 100 mg + 100 ml SF 99.5%</u>	<u>10001</u>																																																																								
3																																																																										
4																																																																										
5	<u>H. Nota</u>																																																																									
6	<u>Dr. Jacques Parva Ortopedista</u>																																																																									
7	<u>Cirurgia / Traumatologista</u>																																																																									
8																																																																										
9																																																																										
10																																																																										
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO																																																																										
Solicito parecer da	<u>ORTO</u>	às <u>12:00</u> do dia <u>02/06/16</u>																																																																								
Solicito parecer da		às _____ do dia _____/_____/_____/_____																																																																								
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico																																																																									
DATA	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) _____																																																																									
DA	<input type="checkbox"/> Internado (setor) _____																																																																									
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> A revalia	<input type="checkbox"/> Desistência																																																																					
HORAS:	<u>13:30</u>	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Até 48 hs.	<input type="checkbox"/> Após 48 hs.	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> SVO																																																																			
<u>Dr. Jacques Parva Ortopedista</u>			<u>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</u>																																																																							
ASSINATURA/CARIMBO																																																																										

F(NG).CC.001-1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

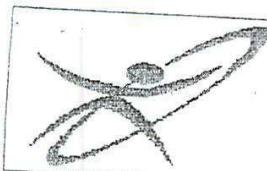
## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



4253425 BE.: 925487  
ALEXANDRO GONCALVES DE SOUZA  
DT. NASC.: 29/06/1991  
MAE: ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA

F(NG).ENF.018-1





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

NOME: ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA

BE: 925487

DATA: 12/6/2016 10:15

DATA EXAME: 07.06.2016

RX. TÓRAX AP  
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.  
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.  
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. OMBRO ESQUERDO AP  
FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

*Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.*  
*Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial*

10

DR. CAIO MARIO MEDEIROS  
RADIOLOGISTA CRM 3645



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	ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	26/06/91
NOME DA MÃE	ROSÂNGELA GONÇALVES DE SOUZA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	925.487
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	07/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EM CALVÍCULA ESQUERDA
CID 10	V 29 + S 42.0.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, RESGATADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA. EF= DEFORMIDADE NA REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA. GLASGOW 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO OMBRO ESQUERDO- FRATURA EM CALVÍCULA ESQUERDA  
RX DE TÓRAX

### TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADA POR COT + IMOBILIZAÇÃO COM TIPÓIA + PRESCRIÇÃO + ORIENTAÇÕES + RETORNO AGENDADO AO HTOP.

ALTA HOSPITALAR: 07/06/2016  
DATA DA EMISSÃO: 10/08/2016

  
Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

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





SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

130503 03.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

ATO

(DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 609/070, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1305031, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 07/06/2016, na Rua Prof. Severo Rodrigues, Bairro: Alto das Populares - Santa Rita - aproximadamente às 10:00 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, 16 de Setembro de 2016.



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





# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Número: 1987, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos VINTE E UM dias do mês de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14<sup>ª</sup> Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 09h:50min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA, conhecido por SANDRO, Identidade nº 3.599.260-SSPPB, CPF nº 090.909.864-64, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: grafico, filho(a) de Severino Gomes De Souza E De Rosangela Gonçalves De Souza, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 29/06/1991 (25 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Paulino,204,Alto Das Populares, tendo como ponto de referência: JB BEBIDAS, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98681-3634.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 07 de 06 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 09h:25min;
- 4) LOCAL: PRÓXIMO A RUA SEVERO RODRIGUES ,EM SANTA RITA/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA ;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM ,CATEGORIA A;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

### 6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS ,DE COR VERMELHA ,GASOLINA,CHASSI 9C2JC4110FR107039,ANO MODELO 2014/2015,DE PLACA QFJ 6145 MUNICÍPIO DE SANTA RITA/PB,DE PROPRIEDADE DE ROSANGELA GONÇALVES DE SOUZA.

### 7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

### 8) BREVE RESUMO DO FATO:

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA,QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU-SE NA FRENTE DA MOTO E NESSE MOMENTO O NOTIFICAÇÕE AO DESVIAR A MOTO PARA NÃO COLIDIR NO ANIMAL DERRAPOU VINDO A CAIR AO CHÃO E NA QUEDA FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA;DISSE QUE FICOU CONSCIENTE E AGUARDOU A CHEGADA DO SAMU QUE ATENDEU SOB O REQUERIMENTO N° 609/070 E PROTOCOLO 1305031;DISSE QUE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL SUPRACITADO ONDE DEU ENTRADA AS 11h26min,CONFORME O BOLETIM DE ENTRADA N° 925.487,DIAGNOSTICADO SOB O CID 10 V 29+ S 42.0.0

### 9) OBSERVAÇÕES:

NADA A CONSTAR

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*Alexsandro Gonçalves de Souza*  
ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA-Comunicante

*R. B. B.*  
Escrivã(o)/Agente





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

CPF

Nº do CPF: 090.909.864-64

Nome da Pessoa Física: **ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA**

Data de Nascimento: **29/06/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/09/2007**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:03:36** do dia **24/01/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **0066.18AA.7456.E579**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Seguradora Lider - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA  
 DATA DO ACIDENTE 07-06-2016 CPF DA VÍTIMA 090.409.861-64

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM A VÍTIMA É ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR JOSE PAUZINO CAVALCANTI  
 Nº 204 COMPLEMENTO BAIRRO POPULAR  
 CIDADE SANTA FÉ UF PB CEP 58301-015  
 E-MAIL  TELEFONE (83) 98840-7085

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

*Declaração do Proprietário*

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DE Morte (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

*Procuração / SUSP**CARTÃO BANCÁRIO*

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/10/2017IDENTIDADE 3.599.260ASSINATURA José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA NOME ASSINATURA Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715>

Num. 9316358 - Pág. 1



Seguradora Líder • DPVAT

## 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, ALEXANDRE GONÇALVES DE SOUZA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.599.060 EXPEDIDO POR SSDS1PB EM 31/10/2007 E  
 CPF 090.909.864-64 (CNPJ) RECURSO, PROFISSÃO GRÁFICO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE GONÇALVES DE SOUZA, 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](http://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) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 123 855-1 OP 013

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.

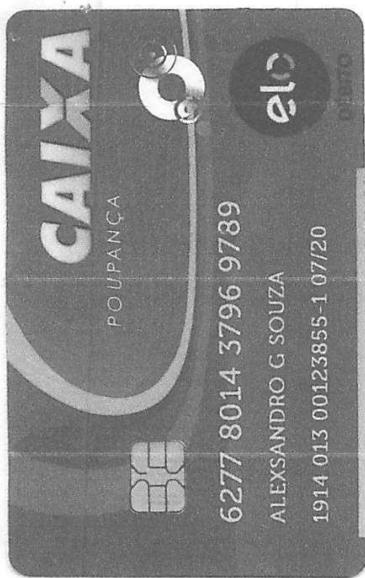
SAVIA PITA, 10 de JANEIRO de 2017  
 LOCAL E DATA

Alexandre Gonçalves de Souza  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

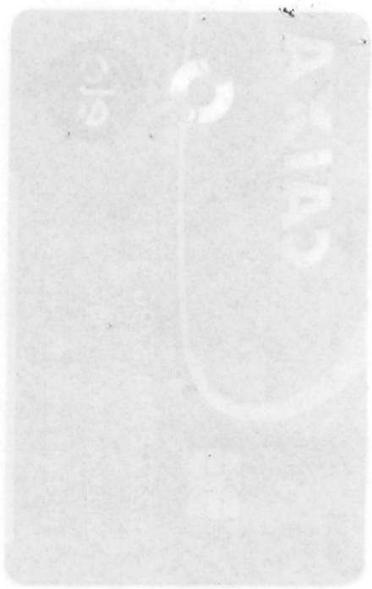
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715>  
Número do documento: 17082213375865800000009116715

Num. 9316358 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715>  
Número do documento: 17082213375865800000009116715

Num. 9316358 - Pág. 4

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA,

RG nº 3.599-260, data de expedição 31/10/2007,  
Órgão SSP/PB, CPF nº 090.909.864-64, venho perante a este  
instrumento declarar que não posso comprovar que residir no 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>JOSÉ PAUZINHO CAVALCANTE</u>
Número	<u>204</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>POPULAR</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58301-015</u>
Telefone de contato	<u>83 98840-7085</u>
E-mail	<u>JOSAZUCINDO@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SANTA RITA/PB 10/01/2017.

Alexsandro Gonçalves de Souza  
Assinatura do Declarante



IVAN ALEX DE SOUZA  
RUA JOSÉ PAULINO CAVALCANTE, 204 - POPULAR  
SANTARITA/PB CEP: 58301-015 (AG. 1)



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.098.183/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 2 - 9 - 25 - 5820  
Referência: Mar/2017  
Nº medidor: 00000219029  
Emissão: 07/03/2017  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000.084.791  
Código para Débito Automático: 00000443648

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Mar / 2017

Apresentação

07/03/2017

Data prevista da  
próxima leitura

04/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

82887551400

Insc. Est:

Faturas em atraso

Histórico de Consumo  
(kWh)

Fev/17	87
Jan/17	88
Dez/16	82
Nov/16	95
Out/16	44
Set/16	118
Ágo/16	98
Jul/16	113
Jun/16	93
Maio/16	118
Abr/16	108
Mar/16	132

Média dos últimos meses  
88

UC (Unidade Consumidora): 5/44364-8

Canal de contato

-- Acionamento da Bandeira Amarela --  
A bandeira tarifária aplicada no mês de Março/17 será a amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 quilowatts-hora (kWh) consumidos. A medida se deve às condições hidrológicas menos favoráveis, o que determinou o acionamento de usinas termelétricas, com custo de geração mais cara.

Anterior Atual Constante Consumo Días

Data	Leitura	Data	Leitura		
02/02/17	42173	07/03/17	42308	1	133
					33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	133	0,44028	58,55
Adic. B Amarela		0,48	
ICMS		24,22	
PIS		1,15	
COFINS		5,32	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			2,36

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	89,70	27,00	24,22
PIS	89,70	1,2810	1,15
COFINS	89,70	5,9362	5,32

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

26/03/2017

R\$ 92,06

RESERVADO AO FISCO

0035.4a0a.f0ce.77d2.31fd.23ca.b465.8b47.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Santa Rita

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,87	0,00		
DIC TRIMESTRAL	11,34		NOMINAL	220
DIC ANUAL	22,89			
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	6,07		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	13,95		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	3,29	0,00		
DICRI	12,22			

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia / PB	21,44	23,28
Compra de Energia	27,66	30,05
Serviço de Transmissão	1,48	1,61
Entrega de Serviços	8,49	9,16
Impostos Diretos e Encargos	33,05	35,90
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>92,06</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 1/2017) R\$ 19,94

ATENÇÃO

- Leitura confirmada



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715>  
 Número do documento: 17082213375865800000009116715

Num. 9316358 - Pág. 6

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ALEXANDRO GONÇALVES DE SOUZA, portador da carteira de identidade nº 3.599-260 e inscrito no CPF nº 090-909-864-64, residente e domiciliado na RUA JOSE PAULINO CAVALCANTE Vº 204 BAIRRO POPULAR, Cidade SANTA RITA, Estado PARAÍBA, 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.

x Alessandro Gonçalves de Souza  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

SANTA RITA/PB 10-01-2017

Local e data



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1/, Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 965-467-434-34, com Domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) JOSE PAZINHO CAVALCANTE, nº 204, complemento, PORTARIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA, cujo o condutor era ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA.

Veículo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2014

Modelo: 2015

Placa: QFJ 6145 / PB

Chassi: 9L2JG4110ER107039

Data do acidente: 07/06/2016

Local e data: SANTA RITA 19-01-2017

\* Rosangela Goncalves de Souza  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA**  
**CPF: 090.909.864-64**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão refere-se exclusivamente à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://www.receita.fazenda.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.fazenda.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014.

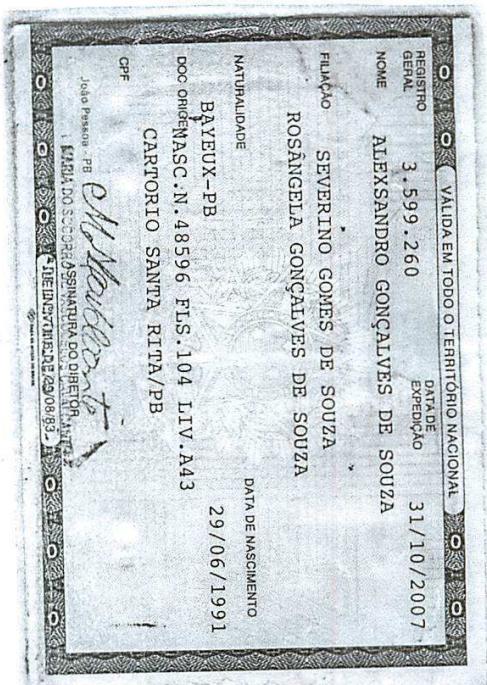
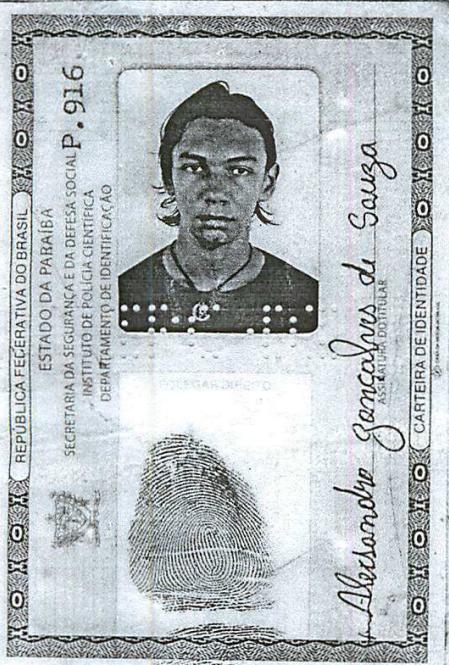
Emitida às 10:31:51 do dia 14/03/2017 <hora e data de Brasília>.

Válida até 10/09/2017.

Código de controle da certidão: **D22C.E831.A43F.67DF**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.







## ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

Alberto de Sá e Benevides Vladislav Ribeiro  
OAB PB 10.469 OAB PB 11.290

### INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO “AD-JUDITIA ET EXTRA”

#### OUTORGANTE:

*ALEXANDRO GONÇALVES DE SOUZA  
BRASILEIRO CASADO 26.3.599.260 CPF 090.909.864-64  
RESIDENTE NA RUA JOSÉ PAULINO CAVALCANTE nº 204  
BAIRRO POPULAR SANTA RITA*

Procuração bastante que faz o outorgante acima qualificado e Abaixo assinado, pela qual constitui procurador e advogados os Drs. JOSÉ ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE OAB 10469 –PB e DR. VLADISLAV RIBEIRO DE SOUZA OAB 11290 PB com escritório situado na Rua: Rodrigues de Aquino N.º 310 sala 03 Centro de João Pessoa PB, telefone 3222-9062, onde recebe intimações, para representá-lo agindo com poderes de Cláusula “*ad-judicia et extra*” podendo propor contra quem é de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, Seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando recursos legais e acompanhado-as, receber citação inicial, valores, receber alvarás no Banco do Brasil, dar quitação, confessar, transigir, desistir, e renunciar direitos, firmar compromissos, arguir suspeições, revogar procurações e substabelecer, agindo em conjunto ou isoladamente, podendo ainda efetuarem requerimentos administrativos em nome do outorgante junto a repartições estaduais, federais e municipais, assim como requerer e receber prontuários, laudos e documentos médicos, especialmente junto aos Hospitais estaduais, particulares e municipais, especialmente junto ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e Complexo hospitalar de Mangabeira, nesta capital, na forma do Art. 38 do Código de Processo Civil conferindo amplos poderes para foro em geral, em qualquer Juízo, na instância ou Tribunal.

Declara, ainda, nos termos do Art.1º da Lei nº. 7.115 de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é hipossuficiente financeiramente, e sua situação econômica não lhe permite arcar com custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa, 22 de 08 de 2017

CPF: 090-909-864-64

Rua: Rodrigues de Aquino nº 310 Sala 03, Centro- Fone : 3222-9062 João Pessoa PB  
E-mail: [benevides\\_ribeiro@yahoo.com.br](mailto:benevides_ribeiro@yahoo.com.br)



SIS DPVAT-Sinistros

## SIS DPVAT - Sinistros

Seguradora Líder dos  
Condórios do Seguro DPVAT

Usuario: adalton.oliveira.0111 Alterar Sessão Encerrar sessão

Ações

- Aviso Seguradora Líder
- Filtros
- Buscar processo
- Legenda
- Digitalização
- Recepção

Resumo

Auto-Seguradora Líder

Identificação

Natureza do Sinistro: Invalidade

Data do sinistro: 07/06/2016

CPF de: Próprio

CPF: 090.909.864-64

Vítima: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA

Data de nascimento: 29/06/1991

Erro: Nome de vítima bloqueado. Registro de sinistro não permitido.

OK

Próximo Cancelar

Página 1 de 1 Mostrando 2 itens de 2

11:41 03/04/2017

Solicitado desbloqueio



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213392461300000009116753>  
Número do documento: 17082213392461300000009116753

Num. 9316398 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
12ª Vara Cível da Capital**

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Junte o autor, em 15 dias, o instrumento procuratório assinado, sob pena de indeferimento da p.i.

**Uma vez atendida a determinação anterior, cumpram-se as disposições seguintes:**

1. Certifique-se sobre a existência de eventual ação proposta pelo(a) autor(a) contra qualquer das Seguradoras do convênio DPVAT.
2. Designe-se a audiência de conciliação/mediação, a realizar-se na **sala de audiências da 12ª Vara Cível** da Comarca de João Pessoa.
3. Cite-se e intime-se a parte ré. O prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.
4. Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.
5. A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.
6. Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.
7. Para tanto, nomeio o médico FELIPE DE PAIVA DIAS (TJ/PB) perito nos presentes autos, dando-lhe ciência da nomeação e data e horário da perícia.
8. Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.



9. Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos [pauloleite@seguradoralider.com.br](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

10. A parte autora será intimada através de seu advogado.

11. Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias.

12. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

13. Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado de citação/intimação.

Int. e cumpra-se.

João Pessoa, 8 de novembro de 2017

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz de Direito



Proc.0840818-85.2017.8.15.2001.

Intime-se a autor, por seus advogados, para juntar ao processo, em 15 dias, o instrumento procuratório assinado, sob pena de indeferimento da petição inicial, conforme determinado no despacho inserido no ID 10634826.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 14/03/2019 16:56:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031416563131600000019263473>  
Número do documento: 19031416563131600000019263473

Num. 19798807 - Pág. 1

**EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12 VARA CIVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA-PB.**

12ª Vara Cível da Capital/Juiz de Direito

ProComum 0840818-85.2017.8.15.2001 - SEGURO

ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA X MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA**, devidamente qualificado nos autos mencionados, processo que move contra **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, também qualificada, vem à presença de Vossa Excelência, por meio de seus advogados, com muito respeito, juntar **INSTRUMENTO PROCURATÓRIO, COM DECLARAÇÃO DE POBREZA INCLUSO.**

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa, 05/04/2019.

**VLADISLAV RIBEIRO ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES**

**OAB 11290-PB OAB PB 10.469**



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 05/04/2019 12:51:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040512515649200000019795310>  
Número do documento: 19040512515649200000019795310

Num. 20349413 - Pág. 1

**ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA**

Alberto de Sá e Benevides Vladislav Ribeiro  
OAB PB 10.469 OAB PB 11.290

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”**

**OUTORGANTE: ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA, brasileiro, casado, gráfico , portador da Cédula de Identidade/RG sob nº 3599260 -SSP-PB, inscrito no CPF: 090.909.864-64 , residente e domiciliado na Rua José Paulino Cavalcante, 204, Bairro Popular- Santa rita -PB.**

Procuração bastante que faz o outorgante acima qualificado e Abaixo assinado, pela qual constitui procurador e advogados os **Drs. JOSÉ ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE OAB 10469 -PB , DR. VLADISLAV RIBEIRO DE SOUZA OAB 11290 PB** com escritório situado na Rua: Rodrigues de Aquino N.º 310 sala 03 Centro de João Pessoa PB, telefone 3222-9062, onde recebe intimações , para representá-lo agindo com poderes de Cláusula **“ad-judicia et extra”** podendo propor contra quem é de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, Seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando recursos legais e acompanhado-as, receber citação inicial, valores, receber alvarás no Banco do Brasil, dar quitação, confessar, transigir, desistir, e renunciar direitos, firmar compromissos, arguir suspeições , revogar procurações e substabelecer, agindo em conjunto ou isoladamente, podendo ainda efetuarem requerimentos administrativos em nome do outorgante junto a repartições estaduais, federais e municipais, assim como requerer e receber prontuários, laudos e documentos médicos, especialmente junto aos Hospitais estaduais, particulares e municipais, especialmente junto ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e Complexo hospitalar de Mangabeira, nesta capital, na forma do **Art. 38 do Código de Processo Civil** conferindo amplos poderes para foro em geral, em qualquer Juízo, na instância ou Tribunal.

Declara, ainda, nos termos do Art.1º da Lei nº. 7.115 de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é hipossuficiente financeiramente, e sua situação econômica não lhe permite arcar com custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa, 28 de 03 de 2019

Alexsandro Gonçalves de Souza  
CPF: 090.909.864-64

Rua: Rodrigues de Aquino nº 310 Sala 03, Centro- Fone : 3222-9062 João Pessoa PB  
E-mail: [benevides\\_ribeiro@yahoo.com.br](mailto:benevides_ribeiro@yahoo.com.br)



Seguem a certidão e o despacho referentes à substituição do perito.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 16/09/2019 13:49:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091613491827200000023674273>  
Número do documento: 19091613491827200000023674273

Num. 24452843 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DA CAPITAL  
12.ª VARA CÍVEL

C E R T I D Ã O

Certifico que em despacho anterior foi determinado por este Juízo a designação de perícia médica na parte autora, com a nomeação de perito. Ocorre que, por diversas vezes esta escrivania tentou, por telefone, entrar em contato com o perito designado, no entanto, não obteve êxito, seja por não conseguir falar com o perito, seja por este ter informado não ter mais interesse em realizar a perícia. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 13/08/2019.

  
Téc. Judiciária  
mat.473.041-1

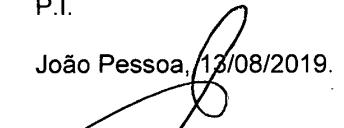
DESPACHO

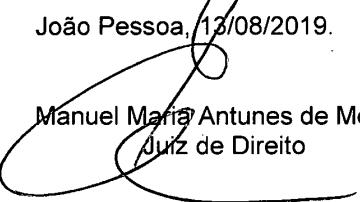
Vistos, etc.

Considerando o teor da certidão retro, nomeio o médico  
**Dr. LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES, fone: (83) 99984-8151**, perito Judicial para  
atuar nos presentes autos.

Ato contínuo, cumpra-se nos termos do despacho  
anterior.

P.I.

  
João Pessoa, 13/08/2019.

  
Manuel Maria Antunes de Melo  
Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
12ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0840818-85.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [ S E G U R O ]  
Polo ativo: AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA  
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**DESIGNAÇÃO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E PERÍCIA MÉDICA**

De ordem do MM Juiz de Direito, fica designado o dia 31/10/2019, às 15:10h, para audiência de conciliação, precedida de perícia médica a ser realizada no autor da presente ação.

JOÃO PESSOA, 16 de setembro de 2019  
MARIA RISOMAR JACINTO SILVA



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 16/09/2019 13:55:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091613551279600000023675358>  
Número do documento: 19091613551279600000023675358

Num. 24453840 - Pág. 1

Proc.0840818-85.2017.8.15.2001.

INTIMAÇÃO

(AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E PERÍCIA MÉDICA)

Intime-se o promovente, por seus advogados, para audiência de conciliação designada para o dia 31/10/2019, às 15:10h, precedida da perícia médica no autor, a serem realizadas na sala de audiências da 12ª Vara Cível (4º andar do Fórum Cível). Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB. Tudo, conforme despacho inserido no ID 10634826. Médico perito: Dr. Luciano José Lira Mendes (ID24452846).

João Pessoa, 18 de setembro de 2019.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 18/09/2019 18:13:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091818133002100000023767525>  
Número do documento: 19091818133002100000023767525

Num. 24551326 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba  
12ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0840818-85.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [ S E G U R O ]  
Polo ativo: AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA  
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé, em cumprimento ao item 1 do despacho inserido no ID 10634826, que, além desta, não existe ação distribuída em nome do autor e de outra(s) seguradora(s).

JOÃO PESSOA, 18 de setembro de 2019  
MARIA RISOMAR JACINTO SILVA



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 18/09/2019 18:55:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091818553428600000023768634>  
Número do documento: 19091818553428600000023768634

Num. 24552517 - Pág. 1

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE JOÃO PESSOA**  
**Juízo do(a) 12ª Vara Cível da Capital**  
AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

---

v.

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DO AUTOR PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E  
PERÍCIA MÉDICA**

**(JUSTIÇA GRATUITA)**

**Nº DO PROCESSO: 0840818-85.2017.8.15.2001**

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]**Justiça gratuita**

**AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA**  
RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**Nome: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA**

**Endereço: Rua Jose Paulino Cavalcante, 204, Popular, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-000**

**OBS: Telefone para contato, informado nos autos: (83) 98840-7085**

De ordem do MM Juiz de Direito Dr. MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO, manda ao(à) Oficial(a) de Justiça, a quem este for entregue, que proceda a **INTIMAÇÃO do AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA, profissão: Gráfico**, para comparecer neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA: Tipo: Conciliação e PERÍCIA MÉDICA, designadas para a Data: 31/10/2019 Hora: 15:10 h**. Devendo o mesmo trazer consigo documentos pessoais e exames médicos referentes ao acidente em questão. Médico perito: Luciano José Lira Mendes.

JOÃO PESSOA-PB, em 18 de setembro de 2019

De ordem, MARIA RISOMAR JACINTO SILVA  
Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 18/09/2019 19:11:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091819110403800000023768651>  
Número do documento: 19091819110403800000023768651

Num. 24552534 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba  
12ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, 532, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO  
(AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO/PERÍCIA MÉDICA)**

**Nº DO PROCESSO:** 0840818-85.2017.8.15.2001

**CLASSE DO PROCESSO:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO:** [SEGURO]

<b>N o m e :</b>	A L E X S A N D R O	G O N C A L V E S	D E	S O U Z A
Endereço:	Rua Jose paulino Cavalcante, 204, Popular, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-000			
<b>N o m e :</b>	MAPFRE	V E R A	C R U Z	SEGURADORA
Endereço:	av epitacio pessoa, 723, bairro dos estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58280-000			S / A

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 12<sup>a</sup> Vara Cível da Capital, fica devidamente **CITADO(A):** MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, através do representante legal, por todos os atos do processo acima mencionado e **INTIMADO(A)** para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 31/10/2019 Hora: 15:10**, nos termos dos arts.334 e 335, com as advertências do art.344, todos do NCPC, **precedida de perícia médica a ser realizada no autor.** Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB. Honorários fixados em R\$ 200,00(duzentos reais), a serem pagos pela Seguradora Líder, comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud. **Despacho na íntegra no ID 10634826.** Médico perito: Dr. Luciano José Lira Mendes (ID 24452846). JOÃO PESSOA, em 19 de setembro de 2019.

MARIA RISOMAR JACINTO SILVA  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:1708221345310820000009116606



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 19/09/2019 15:54:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091915543741000000023795608>  
Número do documento: 19091915543741000000023795608

Num. 24581335 - Pág. 1

## CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que em cumprimento ao mandado ID 24552534, dirigi-me à rua descrita no mesmo, e ali sendo, fui informado pela Sra. Rafaela França, moradora da casa de Nº 211, de que a casa de Nº 204 ENCONTRA-SE ATUALMENTE DESOCUPADA, há cerca de três meses, e que o autor mudou-se para local incerto e não sabido. Certifico ainda, que o número de telefone indicado no referido mandado pertence a um amigo do autor, que se identificou por Josenildo, o qual me informou que o autor reside atualmente na RUA JOSÉ JOAQUIM DE MELO, Nº 774, ALTO DA BOA VISTA, BAYEUX, motivo pelo qual DEIXEI DE INTIMÁ-LO, pois deve ser expedido um novo mandado pela CEMAN DA REFERIDA COMARCA, conforme atual determinação do TJ.

24 de setembro de 2019

SEVERINO PEREIRA DE FARIAS NETO



Assinado eletronicamente por: SEVERINO PEREIRA DE FARIAS NETO - 24/09/2019 14:57:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092414572705300000023904819>  
Número do documento: 19092414572705300000023904819

Num. 24697681 - Pág. 1

## **CERTIDÃO**

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido nesta data e anexado ao Autos.

JOÃO PESSOA

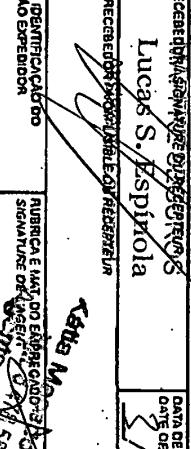
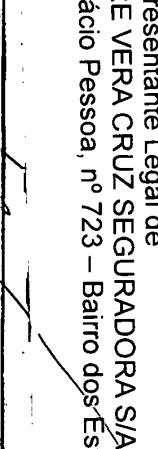
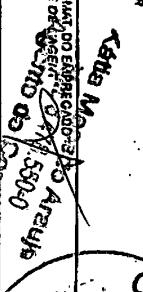
8 de outubro de 2019

MARIA RISOMAR JACINTO SILVA



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 08/10/2019 14:28:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100814282155400000024301150>  
Número do documento: 19100814282155400000024301150

Num. 25120712 - Pág. 1

PREENCHER COM LETRA DE FORMA	
<b>DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE</b>	
Nome ou Razão Social do destinatário do objeto / nom ou raison sociale du destinataire	
<b>CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO (PROC.0840818-85.2017.8.15.2001)</b>	
<b>(AUDIÊNCIA/PERÍCIA)</b>	
<p>Ao Representante Legal de  <b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A</b>          Av. Epitácio Pessoa, nº 723 – Bairro dos Estados          Nesta</p>	
<p><input type="checkbox"/> SEGURODO / VALEUR DÉCLARÉ</p>	
ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR	<p>DATA DE RECEBIMENTO            DATA DE LIVRAISON</p>
	
Lucas S. Espíndola	3/10/2019
<p>ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR</p>	
<p></p>	
NO DOCUMENTO DE RETIRADA DO RECEBEDOR / SUR LE DOCUMENT DE RETRAIS DU RECEPTEUR	<p>RUA RICARDO MARQUES, 330 – Centro            Centro 05530-000 – Aracaju</p>
<p>DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE RECEPTEUR</p>	
<p>03 OUT 2019</p>	
<p>ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO</p>	
<p>75520720</p>	
<p>FORGE 16</p>	
<p>16 x 160 mm</p>	

 <b>Correios</b> <small>mais</small>		<b>AVISO DE RECEBIMENTO</b> <b>AR</b> <b>MISERICÓRDIA</b>									
<b>JU 36798222 4 BR</b> <small>(CÓDIGO DE PROCESSO ELETRÔNICO DO DOCUMENTO)</small>											
<b>DATA DE ENTREGA / DATE DE DÉLIVRANCE</b> <b>26/10/2019</b>											
<b>TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON</b>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">/</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">h</td> </tr> </table>				/	/	/	/	h	h	h	h
/	/	/	/								
h	h	h	h								
<small>PERMITIR COLETA DE PÓS-ENTREGA / PERMETTRE LA COLLECTE D'APRÈS-ENTREPOSÉ / PERMITIR COLETA DE PÓS-ENTREGA / PERMITTRE LA COLLECTE D'APRÈS-ENTREPOSÉ</small>											
<b>ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / RETOUR</b> <small>PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA</small> <b>JUÍZO DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL</b> <b>FÓRUM DES. MARIO MOACYR PÓRTO</b> <b>Av. João Machado, s/n - 4º andar</b> <b>Jaguaribe - João Pessoa/PB</b> <b>CEP: 58013-570 - Fone: (83) 3208-2455</b>											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>BRASIL</b> <b>BRESIL</b>								



ATO ORDINATÓRIO (Provimento 04/2014 da CGJ)

Tendo em vista o motivo exposto na certidão do oficial de justiça (ID 24697681), bem como o endereço atual do autor ali informado, renove-se o mandado inserido no ID 24552534 .

João Pessoa, 08 de outubro de 2019.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 08/10/2019 15:07:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100815073408600000024303393>  
Número do documento: 19100815073408600000024303393

Num. 25123121 - Pág. 1

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE JOÃO PESSOA**  
**Juízo do(a) 12ª Vara Cível da Capital**  
AV JOÃO MACHADO, 532, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

---

v.

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DO AUTOR PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E  
PERÍCIA MÉDICA**

**(JUSTIÇA GRATUITA)**

**Nº DO PROCESSO: 0840818-85.2017.8.15.2001**

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

**AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA**  
RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**Nome: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA**

**Endereço: Rua José Joaquim de Melo, 774, Alto da Boa Vista, BAYEUX - PB - CEP: 58308-420**

De ordem do MM Juiz de Direito Dr. MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO, manda ao(à) Oficial(a) de Justiça, a quem este for entregue, que proceda a **INTIMAÇÃO do AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA, profissão: Gráfico**, para comparecer neste juízo, no endereço supra, à **PERÍCIA MÉDICA E AUDIÊNCIA: Tipo: Conciliação, designadas para a Data: 31/10/2019 Hora: 15:10 h, a serem realizadas na sala de audiências desta 12ª Vara Cível (4º andar do Fórum Cível)**. Devendo o mesmo trazer consigo documentos pessoais e exames médicos referentes ao acidente em questão, caso os tenha. Médico perito: Luciano José Lira Mendes.

JOÃO PESSOA-PB, em 8 de outubro de 2019

De ordem, MARIA RISOMAR JACINTO SILVA  
Técnico Judiciário