



Número: **0852639-52.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MATEUS ALDO SANTOS SILVA (AUTOR)	ANYELLE CIRNE ARAGAO (ADVOGADO) MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16645 584	18/09/2018 09:59	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
16645 615	18/09/2018 09:59	<u>INICIAL - MATEUS ALDO SANTOS SILVA</u>	Outros Documentos
16645 633	18/09/2018 09:59	<u>Comprov. de req. administrativo</u>	Informações Prestadas
16645 652	18/09/2018 09:59	<u>BO; Ausencia IML; DUT</u>	Informações Prestadas
16645 666	18/09/2018 09:59	<u>Documentação médico-hospitalar</u>	Informações Prestadas
16645 682	18/09/2018 09:59	<u>RG e CPF; Comprov. de residencia</u>	Informações Prestadas
16645 706	18/09/2018 09:59	<u>PROCURACAO - MATEUS ALDO SANTOS SILVA</u>	Procuração
17731 306	12/11/2018 15:13	<u>Certidão</u>	Certidão
17845 955	19/11/2018 17:49	<u>Despacho</u>	Despacho

Segue em anexo.



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 18/09/2018 09:57:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18091809574000900000016217745>
Número do documento: 18091809574000900000016217745

Num. 16645584 - Pág. 1

EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAÍBA

MATEUS ALDO SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, gráfico, portador do CPF sob o nº 078.347.634-58 e RG sob o nº 3.718.274, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste, Guarabira/PB, CEP: 58200-000, não possui endereço eletrônico, por seus advogados que ao final assinam, constituído legalmente nos termos do Instrumento de Procuração, com endereço profissional à Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa-PB, vêm à presença de Vossa Excelência, com fulcro nos art. 5.º, V, X, da Constituição Federal de 1988, e demais legislações pertinentes, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO
- DPVAT

em face de MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede na Capital do Estado da Paraíba, na Av. Epitácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58.030-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 61.074.175/0001-38, fazendo com base nos argumentos fático-jurídicos adiante delineados.

I - DOS FATOS E DO DIREITO

A parte autora foi vítima de acidente automobilístico em 01/12/2016, tendo sofrido FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO, tendo se submetido a tratamento cirúrgico, o que acarretou nas seguintes debilidades permanentes: **DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM COMPROMETIMENTO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES, DADA A GRAVIDADE DAS LESÕES**, conforme se verifica através de documentação anexa (V. docs);



O autor, então, deu entrada administrativamente no seguro DPVAT, através de uma das seguradoras conveniadas à Seguradora Líder. Tendo se submetido a procedimento demasiadamente burocrático, inclusive com realização de perícia por médico indicado pela Seguradora reguladora do sinistro, recebeu o ínfimo valor de **R\$ 843,75 (Oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, muito aquém do estipulado em lei. Desse modo, a fim de garantir o que é seu por direito e não restando outra alternativa para tanto, a promovente busca a tutela jurisdicional.

Outrossim, dê-se devida atenção, excelência, que a parte demandante só recebeu o benefício após decurso do prazo previsto em lei, qual seja: o de 30 (trinta) dias, nos termos do § 1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

Art. 5º. 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.

§ 1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (grifei)

II – QUANTO A AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

Douto julgador, a Lei 6.194/74 que regula a cobrança do seguro DPVAT não exige Laudo do IML como requisito para o ajuizamento da ação em questão. Portanto, importa observar os documentos carreados aos autos, os quais são suficientes para comprovar as sequelas sofridas em razão do acidente. Corroborando tais premissas estão os arts. 369 e 370 do Novo Código Processo Civil:

Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.

No mesmo sentido o art. 5º da Lei 6.194/74:

Art. 5º. 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.



Sendo assim, o Juiz não está diretamente ligado a uma prova específica, no caso o laudo do IML, ao contrário, caberá ao juízo a determinação de provas que tenham o condão de formar a justeza do magistrado, não podendo a análise da pretensão deduzida pelo Autor ser afastada.

Desse modo se posiciona a jurisprudência pátria, *in verbis*:

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO –
Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT **não é indispensável a juntada, com a inicial, de laudo do IML**, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento.
(TJ-MG - AC: 10024123336687001 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 15/05/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/05/2014). (grifei).

PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. IMPOSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA. AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. DESNECESSIDADE. LAUDO CONCLUSIVO DA DEBILIDADE PERMANENTE. SENTENÇA MANTIDA.

I - Conforme entendimento jurisprudencial emanado do Colendo STJ, admite-se que decisões judiciais adotem manifestações exaradas no processo em outras peças, desde que haja um mínimo de fundamento, com transcrição de trechos das peças às quais há indicação (per relationem). Precedentes (REsp 1399997/AM). II - **A existência de laudo do IML não é exigência de convencimento ao Juiz, que deverá convencer-se da verdade pelos documentos e laudos apresentados, podendo requerer outras provas e indeferir as protelatórias, sob pena de ressurgimento do odioso sistema de prova tarifada. Portanto, não há falar em nulidade, anulação ou reforma da sentença, considerando laudo conclusivo da gravidade das perdas da Apelada, o qual em verdade deve ser interpretado como invalidez para as atividades normais.** Assim, o recurso deve ser desprovido. III ? Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida.

(TJ-AM - APL: 06349106220138040001 AM 0634910-62.2013.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de



Julgamento: 14/12/2015, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 17/12/2015). (grifei).

PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA.

1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. **O laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

(TJ-MG - AC: 10024123061673001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 10/04/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/04/2014). (grifei).

De se concluir, portanto, que referida ausência do laudo do IML não é capaz de afastar a pretensão da parte autora, já que não é documento essencial para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT.

III - DO VALOR RECEBIDO A MENOR

O valor que o autor recebeu não é suficiente para ampará-lo. Diante de tudo o que sofreu e sofre, haja vista ainda sofrer de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o inciso II do art. 3º da Lei 6.194/74, é o mais justo ao seu caso.

Art.3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 28 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) - no caso de morte;
II- até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e



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. (grifei).

Atente-se ainda que, além de descumprir a legislação quando paga indenização em quantia inferior ao devido por lei, a promovida age de igual modo ilicitamente quando, de forma descomedidamente burocrática, exige documentos desnecessários ao deslinde da questão, violando claramente o disposto no §1º do art. 5º da Lei 6.194/74, que diz:

Art. 5º. 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.

§1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entre dos seguintes documentos:

- a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;
- b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

Por estes motivos tem-se este processo como objeto de lide no judiciário, manejando a parte demandante o seu *jus postulandi*, de modo a alcançar junto ao Poder Judiciário o que é seu por direito.

IV - DA INVERSÃO DO ÓNUS DA PROVA

Prescreve o inciso VIII do art. 6º do CDC:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Assim, indiscutível a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor à espécie, entre elas a supracitada regra especial que prevê o direito básico do consumidor à inversão do ônus da prova em caso de caracterização de sua hipossuficiência.



Tendo em vista a hipótese envolver cobrança de indenização decorrente de serviço securitário, que está incluído no rol daqueles que perfazem relação de consumo (CDC, art. 3º, § 2º), sendo o autor hipossuficiente técnica e economicamente falando, requer, desde já, a concessão do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a promovida seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório - DPVAT, caso haja, vez que toda documentação fica retida com a seguradora.

V - DO PEDIDO

Assim, com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92, nos art. 186, 927 do CCB, no art. 6º, VI e VIII do CDC, no art. 161, § 1º do CTN, Resolução da SUSEP, requer:

- a) Que defira o requerimento de inversão do ônus *probandi*, em face da hipossuficiência da parte promovente;
- b) Que a audiência de conciliação prevista no artigo 334 do NCPC, seja designada após a realização da perícia nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o Tribunal de Justiça da Paraíba, tendo em vista que as conciliações nas ações dessa natureza só ocorrem após a realização da perícia judicial;
- c) A citação da Ré para oferecer resposta no prazo legal, nos termos do artigo 335;
- d) A PROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO PARA QUE A EMPRESA SEGURADORA SEJA CONDENADA À PAGAR A QUANTIA QUE CORRESPONDE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR LEGAL DE R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS) E O MONTANTE PAGO ATÉ O MOMENTO, VALOR ESTE ACRESCIDO DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA;
- e) Que o valor da condenação seja devidamente acrescido de juros e correção monetária, como determinam as Súmulas 43, 54 e 580 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso;
- f) Seja condenada a demanda em 20% referente a honorários advocatícios sobre o valor da condenação;
- g) A concessão do benefício da justiça gratuita, tendo em vista que o(a) autor(a) não apresenta atualmente condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos da Lei de nº 1.060/50 e do artigo 98 do NCPC;
- h) A produção de todos os meios de prova permitidos em direito, na amplitude dos artigos 369 e seguintes do NCPC, principalmente a juntada de documentos, realização de perícia,



nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o TJ/PB (convênio n. 015/2014), e etc;

Requer, ainda, que todas as notificações e/ou intimações de estilo, bem como as publicações editalícias doravante expedidas, sejam realizadas EXCLUSIVAMENTE em nome da advogada ANYELLE CIRNE ARAGÃO, OAB/PB 23.787, sob pena de nulidade.

Dando-se à causa o valor de R\$ 8.606,25 (Oito mil seiscentos e seis reais e vinte e cinco centavos).

João Pessoa, 18 de Setembro 2018.

MARTINHO CUNHA MELO FILHO
OAB/PB 11.086

ANYELLE CIRNE ARAGÃO
OAB/PB 23.787





Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 18/09/2018 09:57:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18091809551876100000016217776>
Número do documento: 18091809551876100000016217776

Num. 16645615 - Pág. 8

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170190655 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MATEUS ALDO SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MATEUS ALDO SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 07834763458

Posição em 15-09-2017 15:48:17

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
04/05/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

[«](#) [»](#)





GOVERNO
DA PARAÍBA
BOLETIM DE OCORRENCIA



Livro nº 002/2016.GTE/ Fls. N° 84

Ocorrência nº. 361/2016

DESCRIÇÃO

Ao(s) VINTE E SETE (27) dias do mês de DEZEMBRO (12) do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Polícia Civil do GTE, onde se achava presente o DEL. POL. HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de Polícia Civil, ai pelas 11h00min compareceu.

Nome: MATEUS ALDO SANTO SILVA

Idade: 19 anos, nascido em 06/11/1997. Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Guarabira/PB
Estado Civil: solteiro

Profissão: gráfico

Filiação: Marcelo Laurentino da Silva e Sonia Maria Santos da Silva

Endereço: Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste II, Guarabira-PB.

TELEFONE CONTATO: (83) 9936-1593

Carteira de Identidade: 3718274 SSP/PB

CPF: 078.347.634-58

HISTORICO.

Informa o noticiante que no dia 01/12/2016, por volta das 14H00MIN saia do trabalho em uma moto Honda CG 150 Titan KS, placa MOB 8277/PB, chassi 9C2KC0810BR001878, renavam 00127161465, cor cinza, ano/modelo 2007/2008, quando ao passar pela Avenida Pe. Inácio de Almeida, proximo as barracas de comercialização de fogos de artificio tentou ultrapassar outra motocicleta, vindo a se chocar na lateral da mesma; QUE caiu da moto, vindo a ser socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional, onde foi constatado fratura do rádio distal direito e escoriações no joelho da perna esquerda; QUE diante da gravidade foi socorrido para o pronto Socorro de Fraturas desta cidade onde passou por intervenção cirúrgica (CID 10S52 3), estando afastado do trabalho até a presente data; QUE é habilitado na categoria AB, CNH nº 06594118597. Nada mais havendo a consignar, ciente o (a) noticiante das implicações legais contidas no artigo 299 do código penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não porte a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado pelo noticiante.

Mateus Aldo Santo Silva

Assinatura do (a) noticiante.

ELIAS DA COSTA PINA
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 455.120-5



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA
QUATUORZEMA CAMPOS - 19 - CENTRO

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução
do original que me foi exibido. Dou fé
(Art. 365 - III do CPC)

Santa Rita-PB 30/01/2017
Selo Digital: AD024799-AHE1

site <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Arpen R\$0,00 MP R\$0,00



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 003/2016
Ocorrência nº. 014/2017

Aos ONZE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) , aí, por volta 11h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MATEUS ALDO SANTOS SILVA, conhecido(a) por , Identidade nº 3718274-SSP/PB, CPF nº 078.347.634-58, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: gráfico, filho(a) de Marcelo Laurentino Da Silva E Sônia Maria Santos Da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 06/11/1997 (19 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Isabel, Nº 318, Nordeste II, Guarabira/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de , fone(s) para contato: (83) 9936-1593.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas 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:** Retificação de BO nº 361/2016;
- 2) data do fato:** 01 de dezembro de 2016;
- 3) Horário do fato:** 14h:0min;
- 4) Local do fato:** Avenida Pe. Inácio de Almeida, Guaabira/PB.

5) Breve resumo do fato:

Informa a noticiante que em retificação ao BO nº 361/2016, datado de 27/12/2016, a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS, PLACA MOB 8277/PB, CHASSI 9C2KC0810BR001878, RENAVAM 00127161465, ANO/MODELO 2007/2008, encontra-se em nome de sua genitora SONIA MARIA SANTOS DA SILVA.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

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

Mateus Aldo Santos Silva
MATEUS ALDO SANTOS SILVA

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 155.120-5



Retificação

Notelio, Delegado_EALDILTO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SONIA MARIA SANTOS DA SILVA,

RG nº 2.150.432, data de expedição 08/09/1997 Órgão GSP/PB,
portador do CPF nº 001.271.614-65, com Domicílio na
cidade de GUARABIRA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. SANTA ISABEL,
nº 318, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima MATEUS ALDO SANTOS SILVA,
cujo o condutor era Mateus Aldo Santos Silva.

Veículo: Moto
Ano: 2007 - 2008
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Placa: M.O.B.8277
Chassi: 9C2KCO810BR001878
Data do acidente: 01 - 12 - 16

Local e data: Guarabira/PB - 28/12/2016



SONIA MARIA SANTOS DA SILVA
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



MATEUS ALDO SANTOS SILVA

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

SONIA MARIA SANTOS DA SILVA

Em testada verdade, Guarabira-PB 28/12/2016 11:34:03

Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto

[2016-009104]EML:R\$ 0,49 FARFEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,42

SELO DIGITAL: AERB8983-2BZS

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial

Praca Lima e Moura, 105 - Centro - Guarabira - PB

Cep: 58.200-000 - Fone: (83) 3271-2000

e-mail: carifoguarabira@yahoo.com.br



FP FÁTIMA PAULINO
Serviço Notarial

FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial

Praca Lima e Moura, 105 - Centro - Guarabira - PB

Cep: 58.200-000 - Fone: (83) 3271-2000

e-mail: carifoguarabira@yahoo.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

MATEUS ALDO SANTOS SILVA

Em testada verdade, Guarabira-PB 28/12/2016 15:44:17

Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto

[2016-009120]EML:R\$ 0,49 FARFEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,42

SELO DIGITAL: AERB8998-XDEK

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 18/09/2018 09:58:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18091809560854400000016217812>

Número do documento: 18091809560854400000016217812

Num. 16645652 - Pág. 3

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Heitor Aldo Santos Silva, portador da carteira de identidade nº 3718.274 e inscrito no CPF nº 078 344.634-58, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, 318 bairro Nordeste, Cidade Guarabira, 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.

Heitor Aldo Santos Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Guarabira/PB - 24/02/2017

Local e data





999761593

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

DADOS DA Ocorrência																																																																																													
Data: 03/12/2016	Ocorrência Nº: 06	VTR: AR-35	Ponto Base:																																																																																										
Hora do aviso: 14:35	Hora de saída: 14:35	Hora no local: 14:38	Hora no hospital:																																																																																										
VTR de apoio:																																																																																													
Endereço: AV. Padre Inácio de Almada Complemento: nº Ponto de referência: Barracos de Fogos Nome: Natália Alves Lauta Lívia Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo Endereço: R. Lourdes Igual, 318 Bairro: Centro Cidade: Guarabira																																																																																													
Idade: 19 Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Telefone:																																																																																													
Colisão: <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Vítima da queda: _____ metros Período por arma de fogo <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva Período por arma branca <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Urgência Cardíaca <input type="checkbox"/> Suicídio Agressão física <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Urgência Respiratória <input type="checkbox"/> Socorrido por 3º Capotamento <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica <input type="checkbox"/> Recusa Desmoronamento/Desabamento/Soterramento <input type="checkbox"/> Queda de Escadas <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Combate a Incêndio Intoxicação: Agente: <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> QTA () COCB () Outros Quimadura: Agente: <input type="checkbox"/> Superfície Corporal Quimizada (regra da palma da mão): _____ Transporte: Origem: _____ Destino: _____ Outros: _____																																																																																													
Ativação do air bag: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Decúbito ventral Usava capacete: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Em automóvel <input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal Usava cinto: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Em motocicleta <input type="checkbox"/> Passageiro traseiro <input type="checkbox"/> Decúbito lateral Em faixa de pedestre: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Em bicicleta <input type="checkbox"/> Garupa/carona <input type="checkbox"/> Deambulando Outros: <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Outros:																																																																																													
Localização das lesões <table border="1"> <tr> <td colspan="2">A - Visceral</td> <td colspan="2">B - Ventilação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Permeáveis</td> <td><input type="checkbox"/> Não Permeáveis</td> <td><input type="checkbox"/> Eupnélia</td> <td><input type="checkbox"/> Apnélia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vômito</td> <td><input type="checkbox"/> Sangue</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipnélia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secreção</td> <td><input type="checkbox"/> Queda da língua</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipnélia</td> <td><input type="checkbox"/> Ruidosa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corpo estranho</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">C - Circulação</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Pulso:</td> <td colspan="2">Pele:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> Fria</td> <td><input type="checkbox"/> Cianótica</td> <td><input type="checkbox"/> Ictérica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fria</td> <td><input type="checkbox"/> Quente</td> <td><input type="checkbox"/> Pálida</td> <td><input type="checkbox"/> Pálida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradipnélia</td> <td><input type="checkbox"/> Sudorese</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquipnélia</td> <td><input type="checkbox"/> Aumentada</td> <td colspan="2">Perfusão Capilar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ruidosa</td> <td><input type="checkbox"/> Diminuída</td> <td><input type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> > 2 segundos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">D - Neurológico</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Eyes:</td> <td colspan="2">Pupilas:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Isocoria</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria</td> <td><input type="checkbox"/> Otorragia</td> <td><input type="checkbox"/> Rinorrágia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Midriase</td> <td><input type="checkbox"/> Foto reageante</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsões</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsões</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mioses</td> <td><input type="checkbox"/> Não foto reageante</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> Escala de Coma de Glasgow Abertura ocular: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Melhor resposta verbal: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Melhor resposta motora: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Total: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 </td> </tr> <tr> <td>Initial:</td> <td>PA <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>mmHg</td> <td>FC <input type="checkbox"/> bpm</td> <td>FR <input type="checkbox"/> lpm</td> <td>SPO² <input type="checkbox"/> %</td> <td>T <input type="checkbox"/> °C</td> </tr> <tr> <td>Final:</td> <td>PA <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>mmHg</td> <td>FC <input type="checkbox"/> bpm</td> <td>FR <input type="checkbox"/> lpm</td> <td>SPO² <input type="checkbox"/> %</td> <td>T <input type="checkbox"/> °C</td> </tr> </table>				A - Visceral		B - Ventilação		<input type="checkbox"/> Permeáveis	<input type="checkbox"/> Não Permeáveis	<input type="checkbox"/> Eupnélia	<input type="checkbox"/> Apnélia	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Bradipnélia	<input type="checkbox"/> Secreção	<input type="checkbox"/> Queda da língua	<input type="checkbox"/> Taquipnélia	<input type="checkbox"/> Ruidosa	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Outros			C - Circulação				Pulso:		Pele:		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Bradipnélia	<input type="checkbox"/> Sudorese			<input type="checkbox"/> Taquipnélia	<input type="checkbox"/> Aumentada	Perfusão Capilar		<input type="checkbox"/> Ruidosa	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> > 2 segundos	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente		D - Neurológico				Eyes:		Pupilas:		<input type="checkbox"/> Isocoria	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Otorragia	<input type="checkbox"/> Rinorrágia	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Foto reageante	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Mioses	<input type="checkbox"/> Não foto reageante			Escala de Coma de Glasgow Abertura ocular: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Melhor resposta verbal: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Melhor resposta motora: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Total: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				Initial:	PA <input checked="" type="checkbox"/>	mmHg	FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> lpm	SPO ² <input type="checkbox"/> %	T <input type="checkbox"/> °C	Final:	PA <input checked="" type="checkbox"/>	mmHg	FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> lpm	SPO ² <input type="checkbox"/> %	T <input type="checkbox"/> °C
A - Visceral		B - Ventilação																																																																																											
<input type="checkbox"/> Permeáveis	<input type="checkbox"/> Não Permeáveis	<input type="checkbox"/> Eupnélia	<input type="checkbox"/> Apnélia																																																																																										
<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Bradipnélia																																																																																										
<input type="checkbox"/> Secreção	<input type="checkbox"/> Queda da língua	<input type="checkbox"/> Taquipnélia	<input type="checkbox"/> Ruidosa																																																																																										
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Outros																																																																																												
C - Circulação																																																																																													
Pulso:		Pele:																																																																																											
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Ictérica																																																																																										
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Pálida																																																																																										
<input type="checkbox"/> Bradipnélia	<input type="checkbox"/> Sudorese																																																																																												
<input type="checkbox"/> Taquipnélia	<input type="checkbox"/> Aumentada	Perfusão Capilar																																																																																											
<input type="checkbox"/> Ruidosa	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> > 2 segundos																																																																																										
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente																																																																																											
D - Neurológico																																																																																													
Eyes:		Pupilas:																																																																																											
<input type="checkbox"/> Isocoria	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Otorragia	<input type="checkbox"/> Rinorrágia																																																																																										
<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Foto reageante	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Convulsões																																																																																										
<input type="checkbox"/> Mioses	<input type="checkbox"/> Não foto reageante																																																																																												
Escala de Coma de Glasgow Abertura ocular: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Melhor resposta verbal: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Melhor resposta motora: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Total: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3																																																																																													
Initial:	PA <input checked="" type="checkbox"/>	mmHg	FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> lpm	SPO ² <input type="checkbox"/> %	T <input type="checkbox"/> °C																																																																																							
Final:	PA <input checked="" type="checkbox"/>	mmHg	FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> lpm	SPO ² <input type="checkbox"/> %	T <input type="checkbox"/> °C																																																																																							

Falta Lembre

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARAI

PROSFAG



frat
junto

GUARABIRA - PARAÍBA
FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORREN
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO N° 027/2016

Nome: Patrícia Andrade Sátilo Silveira
Sexo: F Naturalidade: Guarabira - PB
Data de Nascimento: 06/11/97
Endereço: R. Santa Rita, 318 Bairro: Centro - Guarabira
Fone: Document: RG 3.718.971/SSP-PB
Responsável: Marcelo Bahlumitio de Souza (Pai)
Endereço: 5011-000 Centro, Guarabira
Fone: CPF: 078.3417.6345.8

CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto: Enfermagem Leito: _____
Categoria: Patrícia Sátilo A.I.H.N°: 12 _____
Data da Entrada: 02/12/2016 Hora da Entrada: 11:00h

Juciéis
Repcionista

Dr. Peixoto Filho
Médico Plantonista

CRM 3618

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Internado para Diagnóstico
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação de
tratamento em regime ambulatorial.

Data: 03/12/2016

Dr. Temistocles de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3618



Ass. do Paciente ou Responsável
Assinatura do paciente ou responsável

O abaixo assinado, Anyelle Cirne Aragão, de 20/06/2018,
que é paciente do Hospital PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistente para
a realização das intervenções que promovem o diagnóstico ou clínico de sua entidade a submete a todos os dispositivos que
julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todos os dispositivos que
constam no Regulamento do Hospital.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Observações:

Procedimento Realizado: Exame clínico (Padrão + suspeita)

Diagnóstico Secundário: C.I.D.

Diagnóstico Definitivo: Padrão da saúde adulta C.I.D.

Procedimento Solicitado: C.I.D.

Diagnóstico Inicial: Padrão da saúde adulta

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Fáclies: _____

P.A. _____ TPR. _____ PESO: _____ PULSO: _____

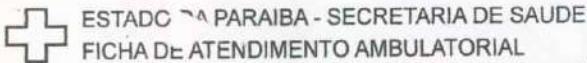
EXAME FÍSICO:

Historico da Doença Atual: Doenças crônicas de longa data, conforme questionário anamnético.

Quais a principal: Doença crônica de longa data

ANAMNÉSE:





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

REG.: 0000288668

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND:

01/12/2016 14:21

presença

08.778.268/0036-90 HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA
PARAÍBA SEGURO DA SAÚDE CNPJ: 08.778.268/0036-90
Complexo de Saúde de Guarabira
Av. Presidente Vargas, 447 - Centro

ATEND POR: LUIZ

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOOME: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: SOLTEIRO(A) SUS: 206643090080008 DN.: 06/11/1997 19 ANOS

ENDEREÇO: RUA SANTA IZABEL, 318

BAIRRO: NORDESTE I

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB

CEP: 58200000

MAE: SONIA MARIA SANTOS DA SILVA

PAI: MARCELO LAURENTINO DA SILVA

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA
 02 - PRIMEIRA CONSULTA
 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE
 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.
 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.
 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

- PRESCRITA
 APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- OBSERVAÇÃO
 OUTRO HOSPITAL
 OBITO
 RESIDENCIA
 INTERNAÇÃO
 AMB. /SUS
 OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

<u> </u>				
<u> </u>				

5. DADOS DE EXAMES CLÍNICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

*CONFIRMO
COMO ORIGINAIS
13/12/2018*

*Almir Carlos da Silva
Diretor Administrativo HR
MAT. 1313104*

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

*500mg 61 15,00
Tramadol 400 - 15,00, 15,00 - feito*

7. DIAGNOSTICO:

Pol. Ano.

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSÁVEL:

10. DIGITAL:

Anyelle Cirne Aragão

ASS/CARIMBO-MÉDICO

*Francisco Claudio A. Ferreira
MÉDICO
CRM-PB: 5435*

ASS/CARIMBO REV. TÉCNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

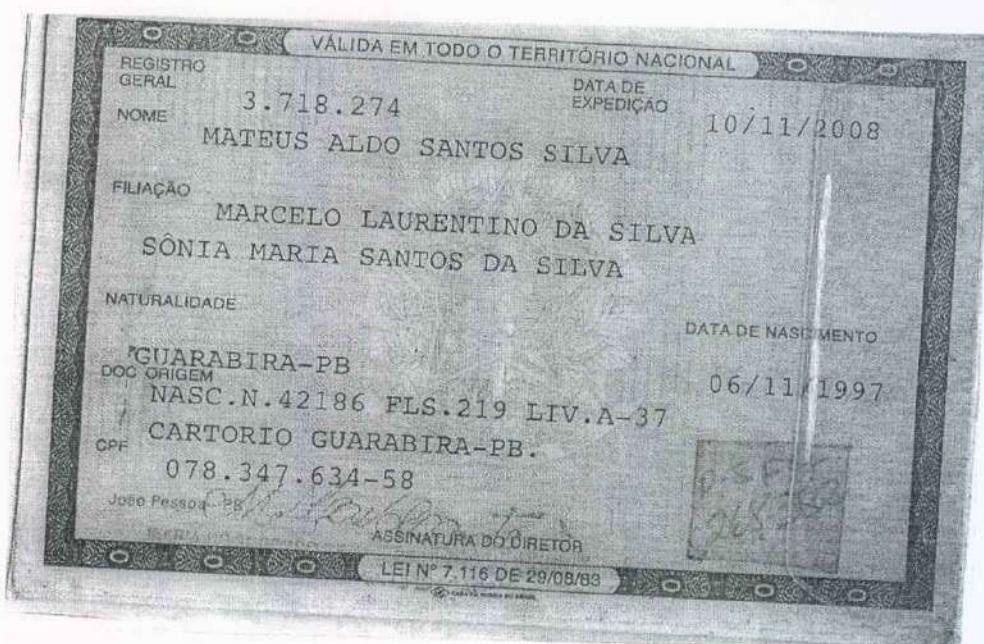
DECLARAÇÃO

Declaramoés para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, MATEUS ALDO SANTOS SILVA estudante, brasileiro, residente e domiciliada à rua Santa Isabel Nº 318, bairro- Nordesete, Guarabira-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, no dia 01/12/2016, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio distal Dir. CID 10 S52.3, vítima de acidente de motocicleta (SIC), submetido a tratamento Cirúrgico no dia 02/12/2016 com quadro clínico exame realizado raios x do Punho dir e imobilização Tala gessada tipo Luva, retornou no dia 15/12/2016 para avaliação médica, conforme fica de arquivo Nº 339.914/2016, arquivado e registrado em nossos arquivos.

Guarabira, 27 de Dezembro de 2016.

Ass:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Matheus Aldo Santos Silva

RG nº 3718274

Órgão SSDS/PB, CPF nº 078347634-58, data de expedição 10/11/2008, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>Rua Santo Isidro</u>
Número	<u>318</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Nordeste</u>
Cidade	<u>Guarabira</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58200-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 998134333 (83) 981995008</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Guarabira/PB, 21/02/2017

Matheus Aldo Santos Silva

Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPAGNA D'ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

22703667

REFERÊNCIA

DEZ/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SOARES DOS SANTOS
RUA STA ISABEL, 318 - 00000NORDESTE 58200-000
GUARABIRA

INSCRIÇÃO	SMI	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			RESPONSÁVEL
053.06.22.0053	0	1	0	0	22703667
Hidrômetro Y12N221545	Data de Instalação 15/05/2013	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 943 963 20 29 01/01/2017
 HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS
 JUN/2016 17 0 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
 JUL/2016 20 0 COR 13 72 72
 AGO/2016 19 0 COL. TOTAIS 64 78 78
 SET/2016 18 0 CLORO 64 91 91
 OUT/2016 20 0 TURBIDEZ 13 68 67
 NOV/2016 18 0 COL. TERMO 0 0 0
 MÉDIA(M) 20 DADOS REFERENTES A OUT/2016

DATA DA LEITURA: 02/12/2016 HORA DA LEITURA 10:38:51
 DESCRIÇÃO CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
 RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10 32,78 26,22 R\$59,00
 DE 11m³ A 20m³ 10 42,30 33,80 R\$76,10
 TOTAIS 75,08 60,02
 047-JUROS DE MORA R\$0,22
 050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. R\$2,82
 912-DOACAO A ENTIDADE BENEF-AN R\$2,00

VALOR ARREDONDADO DE TRIBUTOS: R\$12,65 PIS E COFINS. LIT 12.242,10
 VENCIMENTO: 02/01/2017 Total a Pagar: R\$140,14

V-16.3 R-1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDICAO DE FATURAMENTO: REAL
 POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 NAO EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.



• PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: MATEUS ALDO SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, gráfico, portador do RG nº 3.718.274 e CPF nº 078.347.634-58, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste, Guarabira/PB, CEP: 58200-000, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa – PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 26 de Junho de 2017.

Mateus Aldo Santos Silva
MATEUS ALDO SANTOS SILVA
CPF nº 078.347.634-58



DECLARAÇÃO DE POBREZA

MATEUS ALDO SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, gráfico, portador do RG nº 3.718.274 e CPF nº 078.347.634-58, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste, Guarabira/PB, CEP: 58200-000.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com à custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 26 de Junho de 2017.

Mateus Aldo Santos Silva
MATEUS ALDO SANTOS SILVA
CPF nº 078.347.634-58



Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital
Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

Nº do Processo: 0852639-52.2018.8.15.2001

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assuntos: [SEGURO]

AUTOR: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DOS AUTOS

Certifico e dou fé que nesta data faço os autos conclusos para apreciação deste MM Juízo.

João Pessoa, 12 de novembro de 2018

THIAGO GOMES DUARTE
Chefe de Cartório



Assinado eletronicamente por: THIAGO GOMES DUARTE - 12/11/2018 15:13:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111215132543300000017261817>
Número do documento: 18111215132543300000017261817

Num. 17731306 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0852639-52.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

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

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar 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.

Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito

