



Número: **0800272-30.2018.8.15.0941**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Água Branca**

Última distribuição : **13/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado               |
|---|---|
| <b>R. M. D. S. (AUTOR)</b>  | <b>THALITA PIMENTEL DE SOUSA (ADVOGADO)</b> |
| <b>MARILEIDE DA SILVA (AUTOR)</b>                                 | <b>THALITA PIMENTEL DE SOUSA (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b> |   |

**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento  | Tipo                         |
|-----------|--------------------|--|------------------------------|
| 15345 121 | 13/07/2018 14:47   | <a href="#"><u>Petição Inicial E QUESITOS</u></a>                          | Petição Inicial              |
| 15631 099 | 30/07/2018 16:25   | <a href="#"><u>Petição</u></a>   | Petição                      |
| 15631 206 | 30/07/2018 16:25   | <a href="#"><u>Procuração, documentos pessoais e demais documentos</u></a> | Outros Documentos            |
| 15721 122 | 05/08/2018 09:39   | <a href="#"><u>Despacho</u></a>  | Despacho                     |
| 21359 425 | 21/05/2019 18:55   | <a href="#"><u>Certidão de Decurso de prazo</u></a>                        | Certidão de Decurso de prazo |
| 23258 003 | 17/08/2019 21:05   | <a href="#"><u>Despacho</u></a>  | Despacho                     |
| 28687 782 | 02/03/2020 16:31   | <a href="#"><u>Expediente</u></a>  | Expediente                   |

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE ÁGUA BRANCA - PARAIBA**

**MARILEIDE DA SILVA, brasileira, casada, agricultora, portadora do documento RG de nº 2755767 SSP/PB, CPF: 042.101.784-89, neste ato representando ROBERCIO MARCOS DA SILVA, brasileiro, menor, inscrito no CPF de nº 140.833.284-10, ambos residentes e domiciliados na Rua Projetada, nº 0, Gualterina, município de Água Branca/PB, CEP 58.748-000, Estado da Paraíba, por seu advogado *in fine* assinado, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº. 6.194/74 com as alterações trazidas pela Lei nº. 11.482/07 c/c o art. 319 do NCPC/2015, propor a presente AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita sob o CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na pessoa de seu responsável, com endereço na RUA SENADOR DANTAS Nº 74, 5ºANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO - RJ, CEP. 20031205– Fone: (021) 3861-4600 - FAX: 2240-9073, com endereço eletrônico [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br), devendo ser regularmente citada para responder aos fundamentos fáticos e jurídicos expostos a seguir:**

**PRELIMINARMENTE:**

**DA GRATUIDADE PROCESSUAL:**



O promovente em face da impossibilidade de arcar com custas e gastos processuais vem requerer a **CONCESSÃO DE JUSTIÇA GRATUITA**.

Determina a lei nº 1.060/50, que fará jus ao referido benefício àquele que não possuir condições financeiras suficientes para arcar com os gastos inerentes ao processo sem causar prejuízos ao seu sustento e da sua família.

Os custos e as demais despesas processuais latentes ao processo não podem ser suportados pelo promovente, sem, contudo, causar-lhe prejuízos e dificuldades na sua manutenção e sobrevivência.

A lei nº 1.060/50 é considerada medida especial, criada com o derradeiro fim de possibilitar que todos possam ter acesso efetivo ao Poder Judiciário, efetivando o comando constitucional descrito no artigo 5º, XXXV da Carta Magna.

Outrossim, tal ato normativo condiciona a concessão do respectivo benefício a simples Declaração subscrita pelo próprio beneficiário da impossibilidade de suportar o acúmulo das despesas processuais com aquelas despendidas em seu sustento.

Por isso, requer o autor, que seja concedido o pedido de **JUSTIÇA GRATUITA**, uma vez que carece de recursos que possibilitem cumular os gastos processuais com o seu sustento, como declarado no documento em anexo.

## **DOS FATOS**

-

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte Autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia **12/12/2016**, o que lhe causou, **PERDA ANATÔMICA E/OU FUNCIONAL COMPLETA DE UM DOS MEMBROS SUPERIORES (CLAVICULA), ACARRETANDO-LHE SEQUELAS PERMANENTES**, como demonstra a documentação médica em anexo.



Registre-se que a parte Autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, sinistro registrado sob o nº 3170452163 obtendo pagamento parcial no valor de **R\$ 1.687,50 (SETE MIL SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** restando à parte autora o direito da diferença **de R\$ 7.762,50 (SETE MIL SETECENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).**

Consubstanciado a isso e pela análise das provas, não dúvida quanto ao fato, bem como suas consequências e o nexo causal que as une, pois esta documentalmente provada a lesão sofrida e a sua extensão. Outrossim, **o pagamento administrativo vale confissão tácita dos fatos e do direito** do requerente face ao Seguro, relevante assim o **nexo causal do conflito.**

#### **DO DIREITO**

#### **DA POSSIBILIDADE DO PEDIDO DA DIFERENÇA PAGA PELO SEGURO DPVAT**

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos artigos 3º e 5º da Lei 6.194/74, com as atualizações da Lei 11.945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, havendo INVALIDEZ PERMANENTE, o valor da indenização deve ser de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez da vítima, que deverá ser através de perícia médica, que ora requer a parte autora.

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:*

*// - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - em caso de morte ou invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).*

*(...)*

*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. (grifo nosso)*

*§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência 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:*

*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.*

*§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará.*

*§ 3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecida diretamente pelo instituto médico legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente.*

*§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora*

*(...)*

Dessa forma, **restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a parte autora** ao recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

#### **DA INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL PARA A APRESENTAÇÃO DE LAUDO DO IML COM A PETIÇÃO INICIAL – INSTRUÇÃO PROBATÓRIA**

A fim de garantir o princípio da celeridade processual, vale-nos ressaltar, de antemão, que a Lei 6.194/74 NÃO atribuiu ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) o caráter de documento indispensável à propositura da ação de cobrança do seguro DPVAT nos casos de invalidez. Segundo o normatizado em seu art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante **simples prova do acidente e dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A toda prova, tal verificação pode ser feita por perícia médica a ser realizada na fase de instrução. Na verdade, os documentos indispensáveis de que trata o art. 320 CPC devem ser entendidos apenas como aqueles necessários para a ação possa validamente ser proposta, sob o aspecto formal, não se confundindo com a atividade probatória, voltada a prova dos fatos alegados, que é atinente ao aspecto material.

#### **DA LEGITIMIDADE PASSIVA QUE PERMEIA A EMPRESA-RÉ:**



Conforme determina a lei nº 6.194/74 com as suas modificações dadas pela nova Lei nº. 11.482/07, o pagamento do DPVAT poderá ser efetuado junto a quaisquer umas das seguradoras que façam parte do Consórcio das Seguradoras, coordenada pela FENASEG, instituída pela Resolução 1/75 do CNPS.

Desse modo tem-se que a promovida figura neste rol de empresas, e assim possui legitimidade para figurar no rol de devedoras. Outro não é o entendimento exarado por nossos Tribunais, *in verbis*:

*SEGURO OBRIGATÓRIO DE AUTOMÓVEIS – DPVAT – As seguradoras privadas, integrantes do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e revigorado pela Lei nº 8.441/92, são responsáveis não só pelas indenizações por morte e invalidez permanente, como pelas despesas médico-hospitalares em caso de ferimento das vítimas, não estando desobrigadas de indenização nesses casos por efeito dos artigos 7º e 27 das Leis nºs. 7.604/87 e 8.212/91, respectivamente.*

*A destinação à seguridade social por efeito dessas leis, parte dos prêmios dos seguros obrigatórios, tem em vista apenas o custeio da assistência médico-hospitalar em estabelecimentos mantidos ou conveniados com a previdência social, dispensada esta, assim, do ônus de cobrar-se de tais despesas caso a caso das seguradoras, cobertos que são seus dispêndios da espécie com a aludida participação de uma parcela dos prêmios.*

*Direito do segurado ou seu sub-rogado de cobrar-se de tais gastos de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio. Falta de impugnação específica dos custos de cada atendimento, torna-los presumidamente corretos (CPC, art. 302) Apelo desprovido. (TJSC – AC 47.951 – 4º C. Civil – Rel. Des. João José Schaefer – DJSC 05.04.95) IN: CD-Ron júris síntese. – Destaque nosso -*

Ademais, veja-se o seguinte julgado:

*EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA. FINALIDADE DO VEÍCULO. IRRELEVÂNCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso trona-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01) – Destaque nosso –*

Ocorre que, as seguradoras exploradoras do seguro DPVAT, embora a existência de todo o amplo acervo de determinações constantes em lei, tendem a dificultar o pagamento e o resgate dos referidos valores, ao passo que o direito líquido e certo dos



segurados encontram barreiras mantidas pela ampla estrutura e logística que envolvem tais empresas.

Pois bem, Excelência, a Promovente junta a presente demanda, toda a documentação exigida pela nossa legislação processual e demais documentos que comprovam a ocorrência do sinistro e sua posição legítima na relação, entretanto adstrito a facilidade que dispõe a lei procura a parte ré dificultar o pagamento e o adimplemento do seu dever de órgão segurador.

Assim, a liquidação do dito Seguro Obrigatório nas vias administrativas, referente ao exercício do acidente, tendem a ser procrastinado através do uso de invólucros e regras que afastam o sentido garantidor e célere presente na *legis*, restando o Poder Judiciário como único meio para a reivindicação e o adimplemento dos ditos valores possam efetivamente serem realizados.

Por tudo isso, vem o promovente, a este Douto Juízo a fim de ver adimplido o seu pleito, demonstrando ser pessoa legítima a figurar na relação que aqui se inicia, além de igualmente comprovar ser a parte ré, legítima devedora, de modo que todos os elementos que vislumbram a quitação do Seguro DPVAT, restaram todos comprovados restando assim o seu adimplemento como medida que se mostra legítima e extremamente necessária.

## **DOS PEDIDOS**

**EX POSITIS**, requer a total procedência da presente ação para condenar a empresa demandada no pagamento de **R\$ 3.037,50 (TRÊS MIL E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).**

à título de Seguro Obrigatório-DPVAT, compreendendo o teto legalmente estabelecido, haja vista não serem proporcionais à invalidez resultante do sinistro.

Requer também, caso julgue necessário, a designação da perícia médica para a fim de investigar a existência da invalidez permanente, bem como, a gravidade da lesão sofrida pela autora em cotejo com a tabela constante no anexo incluído pela Lei nº. 11.945/2009.



Que seja apresentado por parte da Seguradora demandada, cópia integral do processo administrativo na íntegra, sob pena de cominação de multa diária.

E, ainda, a aplicação de juros e correção monetária, a partir do evento danoso, ou seja, **12/12/2016**, bem como, a condenação da demandada no pagamento dos honorários advocatícios na ordem de 20% (vinte por cento) sobre o valor da esperada condenação.

### **REQUERIMENTOS FINAIS**

A parte autora requer que lhe sejam concedidos os benefícios da gratuidade da justiça, diante da sua manifesta insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais, os honorários advocatícios e periciais sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família, motivo pelo qual tais despesas merecem ser dispensadas nos termos do art. 98 e seguintes do NCPC (Lei nº. 13.105/2015) e da Lei nº. 1.060/50.

Por mera liberalidade, o autor opta pela realização da audiência de conciliação ou de mediação, não se opondo à composição amigável da presente lide, nos termos do art. 319, inc. "VII" do NCPC, requerendo desde já a citação da empresa ré para comparecer na data e hora designadas e, não havendo auto composição, apresente sua contestação no prazo legalmente determinado sob pena das medidas judiciais cabíveis.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, e necessários, notadamente, através de novos documentos, além do depoimento pessoal das partes, perícia técnica e outros mais que vierem a surgir e que, desde já, ficam requeridos.

*Dá-se à causa **R\$ 7.762,50 (SETE MIL SETECENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).***



Nestes Termos,

Pede deferimento.

PATOS – PB, 02/07/2018.

THALITA PIMENTEL DE SOUSA

OAB/PB 23.687

**QUESITOS DA PARTE AUTORA:**

A parte autora sofreu algum(s) tipo(s) de fratura?

Em caso positivo, queira informar se desta(s) gerou debilidade permanente?

Apresenta limitação dos movimentos do(s) membro(s) fratura(s)?

Apresenta limitação funcional do(s) membros afetado(s)?

Sofreu debilidade permanente? Sofreu deformidade permanente?

A parte autora sofreu incapacidade para o trabalho?

Queira o i. *expert* acrescentar o que entender devido.



AO JUIZO DA VARA ÚNICA DE ÁGUA BRANCA/PB

A advogada da parte autora, vem por meio desta petição requerer a juntada dos documentos em anexos

Termos em que pede deferimento

Patos/PB, 30 de julho de 2018

THALITA PIMENTEL DE SOUSA

OAB/PB 23.687



## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

Nome da ida pessoa, moradia, apelido(s), ocorrências, motivo  
no CPF/sob o nº: 042.101-94-89, identidade 2755767-SSP/PB,  
neste caso representando seu filho

Nome: Rebeca Menezes da Silva

Identidade: 2755767-SSP/PB, CPF: 140 833 284-10

endereço: Rua Projeto do n° 0, Quilometro, no  
Município de Águas Brancas, CEP: 58240-8000

Tel: \_\_\_\_\_.

### OUTORGADO(S):

OUTORGADOS: THALITA PIMENTEL DE SOUSA, brasileira, inscrita na OAB/PB  
sob o número 23.687, com endereço profissional na Av. Bossuet  
Wanderley, 916, Patos-PB.(83) 9 9651-8077 e DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO,  
brasileiro, acadêmico de Direito, CPF: 041.095.504-32, com escritório  
localizado na Rua Titico Gomes, 405, Belo Horizonte, Patos/PB;

### PODERES:

A quem confere(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad juditia", para representá-lo (la) e defender os interesses e Direitos do (a) OUTORGANTE (s) nas Ações e Processos em seus nomes, notadamente, na presente ação até sentença, onde se apresentar como autores, réus, assistentes, em qualquer instância judicial e ou nas extrajudiciais, podendo variar ações, recorrer, requerer e habilitar-se em seu nome e por conta, tomar vistas em outros processos, transferir, modificar e/ou extinguir direitos, desistir, transigir, efetuar e assinar acordos e cessões de crédito, renunciar, ajuizar ações, representá-lo (la) em audiência de conciliação e julgamento, dar e receber alvarás como se presente fosse, nos termos do art. 477 e 488, do CPC, bem como, praticar todos os atos inerentes ao bom desempenho do presente mandato, podendo, ainda, praticar todos os atos "ad negotia" de interesse do OUTORGANTE(s), agindo para tanto em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer os poderes que lhes foram outorgados especialmente, na pessoa de outro profissional, com ou sem reservas, tudo com o fim de levar a bom termo seus interesses, em especial para representar o outorgante no requerimento do seguro DPVAT. E dando tudo por bom, firme e valioso firma a presente procuração.

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA:

Declararam para fins de Direito, sob as penas da Lei nº. 1.060/50, que não possui condições de arcar com as custas processuais, sem comprometer o próprio sustento e de sua família.

### AUTORIZAÇÃO:

Custas e despesas processuais ficam à cargo do(a) Outorgante. Válido como contrato entre as partes. Fica estipulado os honorários contratuais em 30% sobre todos os valores líquidos recebidos em caso de sucesso na demanda. Os documentos foram apresentados digitalizados e não em originais, não tendo responsabilidade o outorgado sobre os documentos do outorgante.

Águas Brancas (PB), 07 de julho de 2018.

Marileide da Silva

OUTORGANTE

Scanned with CamScanner

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Marileide da Silva, neste ato, representante de Roberio Moreira da Silva.  
DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Águas Brancas, 02 de julho de 2018.

Marileide da Silva

Scanned with CamScanner



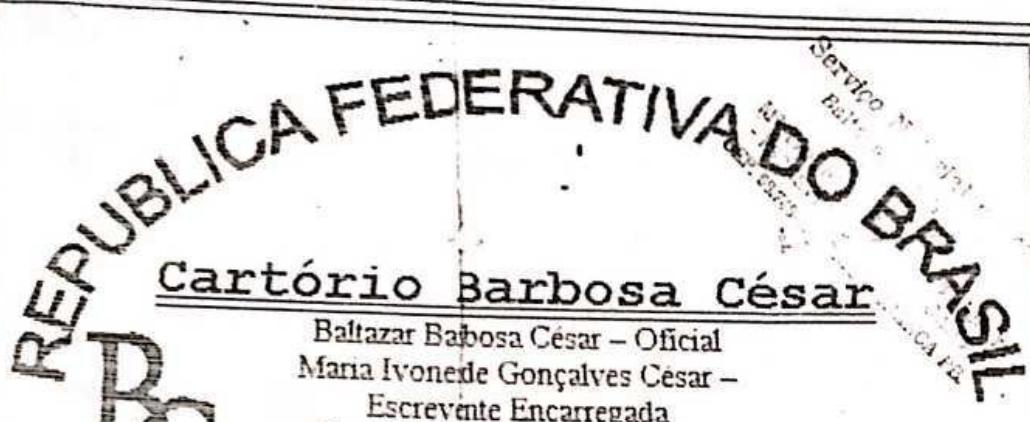


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: THALITA PIMENTEL DE SOUSA - 30/07/2018 16:25:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18073016244742400000015243003>  
Número do documento: 18073016244742400000015243003

Num. 15631206 - Pág. 3



Baltazar Barbosa César - Oficial  
Maria Ivoneide Gonçalves César -  
Escrevente Encarregada  
Rua Major Inocêncio nº 56 - centro  
CEP- 58748-000 - Fone (0xx33) 431-1117

## NASCIMENTO N° 13131

CERTIFICO QUE, às fls. 032v, do livro A-13 de Registro de Nascimento, foi feito o assento de nascimento **Robercio Marcos da Silva**, nasceu no dia **um (01)** de **dezembro (12)** de **dois mil e três (2003)**, às 15:30 horas, na **Águas Brancas - PB**, do sexo masculino, Filho de Angelo Marcos da Silva e Marileide da Silva, agricultores.

São avós paternos José Antonio da Silva e Maria José da Silva e maternos Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva.

Foi declarante: o pai. Serviram de testemunhas as constantes no termo.

Observação: Registro feito gratuitamente.

O referido é verdade e dou fé.

Água Branca - PB, 11 de dezembro de 2003.

Maria Ivoneide Gonçalves César

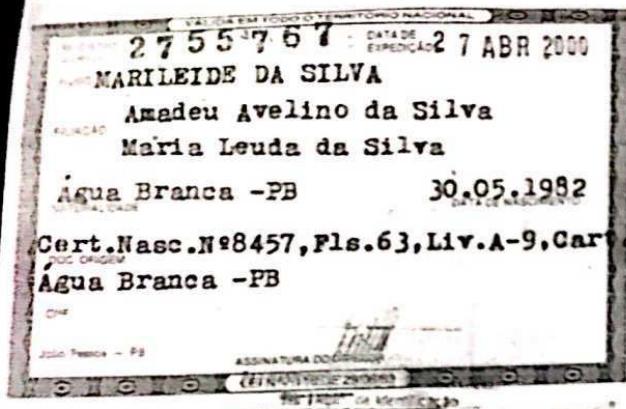
Serviço Notarial e Documental

Baltazar Barbosa César

Maria Ivoneide Gonçalves César  
Rua Major Inocêncio nº 56 - centro  
CEP- 58748-000 ÁGUA BRANCA-PB.

Scanned with CamScanner





CÓDIGO DE CONTROLE  
0B22.7368.0146.6CFA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 16:52:53 do dia 02/12/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

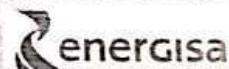
Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: THALITA PIMENTEL DE SOUSA - 30/07/2018 16:25:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18073016244742400000015243003>  
Número do documento: 18073016244742400000015243003

Num. 15631206 - Pág. 5

MAURICIO JOSE DA SILVA  
RUA PROJETADA D - GUALTERNA  
AGUA BRANCA / PB CEP: 58148000 (AG: 185)



ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subsia RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B/230, Km 25 - Centro Recanto João Pessoa / PB - CEP 58071-490  
Rodovia 13 - 178 - B22 - 75 Referencia: Mai / 2017  
Nº medidor 00020578926 Emissão: 22/05/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001 021 502

Código para Débito Automático: 00016521635

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 51652163-5

Mai / 2017

Apresentação

22/05/2017

Data prevista da proxima leitura

22/06/2017

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos.  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,  
informamos que não há débitos pendentes aos faturamen-  
tos regulares de energia elétrica desta unidade  
consumidora vencidos no ano de 2016 e/ou anteriores.  
Esta declaração substitui, para efeitos de comprovação  
do cumprimento das obrigações do consumidor, as quan-  
tificações dos faturamentos mensais dos débitos da ana-  
-a que se refere, e dos anos anteriores.

CPF/CNPJ/RANI

694498030478

Incr. Est:

|  | Anterior      | Atual         | Constante | Consumo | Dias |
|--|---------------|---------------|-----------|---------|------|
|  | 22/04/17 2847 | 22/05/17 2805 | 1         | 158     | 32   |

Faturas em atraso

28/04/2017 106,07  
29/03/2017 128,52  
24/02/2017 115,11  
27/01/2017 106,05

| Descrição         | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
|-------------------|------------|---------|-------------|
| Consumo em kWh    | 158        | 0,42271 | 66,78       |
| Adic. B. Vermelha |            | 4,74    | 4,74        |
| ICMS              |            | 28,82   | 28,82       |
| PIS               |            | 1,14    | 1,14        |
| COFINS            |            | 5,27    | 5,27        |

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUUIUM PÚBLICA 8,37

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17 153  
Mar/17 183  
Fev/17 182  
Jan/17 149  
Dez/16 144  
Nov/16 12  
Out/16 55  
Set/16 35  
Ago/16 104  
Jul/16 88  
Jun/16 0  
Mai/16 41

|        | BASE DE CALCULO | ALIQUOTA | VALOR(R\$) |
|--------|-----------------|----------|------------|
| ICMS   | 106,75          | 27,00    | 28,82      |
| PIS    | 106,75          | 1,0757   | 1,14       |
| COFINS | 106,75          | 4,8448   | 5,27       |

VENCIMENTO

29/05/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 115,12

Média dos últimos meses

64

RESENHA DO RISCO

5e3e.eeab.9a97.d4ab.e483.9f18.5c6a.09b0.

Indicadores de Qualidade 3/2017 2nd

| Límites da ANEEL | Apurado | Límite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL       | 7,28    | 0,00                 |
| DIC TRIMESTRAL   | 14,53   | NOMINAL              |
| DIG ANUAL        | 22,05   |                      |
| FIC MENSAL       | 9,30    | 0,00                 |
| FIC TRIMESTRAL   | 6,82    | CONTRATADA           |
| FIC ANUAL        | 13,20   | LÍMITE INFERIOR 202  |
| DMC              | 4,14    | LÍMITE SUPERIOR 231  |
| DIRO             | 12,22   |                      |

Composição do valor total da sua conta

| Discriminação                   | Valor (R\$) | %      |
|---------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. da Energia/PB | 25,74       | 22,38  |
| Compra de Energia               | 34,73       | 30,17  |
| Serviço de Transmissão          | 1,77        | 1,54   |
| Encargos Setoriais              | 8,28        | 7,06   |
| Impostos Diretos e Encargos     | 43,63       | 37,87  |
| Outros Serviços                 | 0,00        | 0,00   |
| Total                           | 115,12      | 100,00 |

Valor do IUSO (R\$ 3/2017) R\$42,44 -

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso(s) fatura(s) acima constante(m) e, nesse caso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/06/2017 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.  
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento ate o decurso do prazo de 60 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura verificada e não paga.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
Leratura confirmada

Scanned with CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL  
16ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA DE ÁGUA BRANCA/PB

BOLETIM DE OCORRENCIA

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 113/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 12 dias do mês DEZEMBRO de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 11h32min, compareceu o senhor: MARILEIDE DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultora, nascido aos 30/05/1982, filho de Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva, residente no Sítio Mereco, zona rural de Água Branca/PB. Notificando QUE: que no dia 05/11/2016 por volta das 15h30min, seguia guiando uma moto e que seu filho Robercio Marcos da Silva seguia na garupa da moto, que seguiam sentido Sítio Mereco para a cidade de Água Branca, quando já na entrada do Barro Vermelho ao passar por uma lombada a declarante perdeu o controle da moto e caíram, que a declarante o Robercio foram socorridos pela ambulância e levados para o Hospital de Água Branca, que a declarante sofreu apenas arranhões, que seu filho Robercio Marcos sofreu vários arranhões pelo corpo, quebrou a clavícula, e machucou o dedo do pé direito, que Robercio recebeu os primeiros socorros no Hospital de Água Branca e em seguida foi transferido para o Hospital Regional de Patos onde foi atendido e liberado em seguida, a moto que a declarante guiava era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO FAB/MOD 2014, PLACA OFD 8813/PB. CHASSI 9C2KD0550ER318759, EM NOME DE MARILEIDE DA SILVA. QUE a declarante não possui Carteira Nacional de Habilitação. O referido é verdade. Dou fé.

**TERMO**  
**DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE**  
**CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente**  
**Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5**  
**(cinco) anos).**

NOTIFICANTE: Mareleide da Silva

ÁGUA BRANCA/PB, 12 de dezembro de 2016.

*Gomes*  
ISABELLA CRISTINA SÓARES GOMES  
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO  
Mat. 148556

DELEGACIA  
DE  
ÁGUA BRANCA-PB

Scanned with CamScanner



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que ROBÉRCIO MARCOS DA SILVA, vítima de acidente de trânsito no dia 05 de novembro de 2016, foi socorrido pela ambulância do Município de Água Branca trazido para o Hospital M<sup>a</sup> QUITÉRIA DE OLIVEIRA e no dia seguinte foi transferido para o HOSPITAL REGIONAL DE PATOS.

Água Branca, 13 de junho de 2017.

Sueli Correia Chaves

SUELI CORREIA CHAVES

Diretora Administrativa

Scanned with CamScanner





Lindo ortopedista

Monteiro  
Marcelo da Silva

Sou seu adepto  
de muito vicio  
05/11/16 Praia

J. Monteiro  
Exímio ex.

Monteiro  
me entenda  
comodamente

Ass. 14/09/17

Stênio Guy W. Araújo  
CRM 1325 - CBO 223146  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Rua Horácio Nóbrega, 250 - Centro - Belo Horizonte  
Tel.: (31) 3423-2741 - Patos - PB.

Scanned with CamScanner





ÁGUA BRANCA PB  
GOVERNO MUNICIPAL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBIULATORIAL**

PACIENTE

PAULISTA  
NOME: Robercio Marcos da Silva  
SEXO: M DT.NASCIMENTO: 01/12/03 IDADE: 12 RG: \_\_\_\_\_  
PROFISSÃO: Estudante CPF: \_\_\_\_\_  
ENDERECO: St. Maneco  
COADE: Açua Branca PRF: AB CNS: 8980023-1-579863

RACA/COB

[ 11-BRANCA [ 12-PRETA [ 13-PARDA  
[ 14-AMARELA [ 15-INDÍGENA [ 17-SEM INFORMAÇÃO

## **ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)**

Paciente trazido pela mãe com relato de queda de moto, com presença de dor em

Consequently, the author's own observations (8).

Escoriações de fogo pelo corpo:

#### **EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIROS)**

UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO - UPS

**UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS**  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA**  
Rua José Pedro Firmino, sn - Centro, Água Branca - FB  
CNPJ: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-98  
ATENDIMENTO: 08:00 ÀS 16:00 HORAS - FOLHA:

CNEN: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-97

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

  1. Diclofenaco 25mg/1ml: 1amp, 1M, agara.
  2. Superoxida 300 mg/1ml: 1 amp + 10ml AD EV. multo.
  3. Iodo tinctura
  4. Encimelado no servico de referência

## CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELEITIVO  
 02 - URGENCIA  
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA  
 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO  
 06 - OUTROS TIPOS DE LESOES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUIMICOS OU FISICOS

DIAGNÓSTICO

## THEORY OF EXPANSION

三六四

| MEDICAÇÃO                                     | ENCAMINHAMENTO                                     |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> PRESCRITA | <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO     |
| <input checked="" type="checkbox"/> APLICADA  | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNAMENTO   |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO          |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> RESIDÉNCIA     |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS         |

**SERVICIOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)**

- 1- ०८०४९६००१६१

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

**PROFISSIONAL(S) ASSOCIADO(S)**

Dr. Augusto Siqueira  
M.D.C.B.

CNS CRM-PB 10523 CBO CRM

~~REC'D BY LIBR. STAFF - 10 NOV 1968~~



|  |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
|   <b>ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE</b><br><b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268/0023/76<br>NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANUÁRY CARNEIRO<br>ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, 519<br>CIDADE: PATOS ESTADO: PARÁ<br>UF: 25   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>Atendimento: URGÊNCIA</b>   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| Paciente: ROBERCIO MARCOS DA SILVA<br>Mae: MARILEIDE DA SILVA<br>Címento: 1/1/2003 Idade: 12 Cor: PARD<br>Profissao: ESTUDANTE<br>Endereço: S110 MERRECO<br>Bairro: ZONA RURAL<br>Cidade: ÁGUA BRANCA - PB - 58748-000 - 2500106<br>CNS: 898-0023-1757-9863<br>CPF: Reg. Nas.:<br>Data / Hora: 22/11/2016 08:44:39 Recepção: Norma<br>Ficha Número: 177495   |                                       | UF: 25<br>Sexo: M<br>Num.:<br>Fone:<br>84035 |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| PESO: PA: TEMP:  |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)</b><br><p><i>Por: Dr. Júnior da Silva</i></p> <p><i>Pr. Júnior da Silva</i></p> <p><i>Por: Dr. Júnior da Silva</i></p> <p><i>Ass. Dr. Júnior da Silva</i></p>   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)</b><br><p><i>Exames realizados na Unidade</i></p> <p><i>Ass. Dr. Júnior da Silva</i></p>   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>RESULTADOS</b><br><p><i>Resultados</i></p> <p><i>Ass. Dr. Júnior da Silva</i></p>   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS</b><br><p><i>(Assinatura)</i></p>   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>CARÁTER DO ATENDIMENTO</b><br><input type="checkbox"/> 01 - ELETTIVO<br><input type="checkbox"/> 02 - URGENCIA<br><input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA<br><input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO<br><input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>PROCEDIMENTO Descrição</b><br><p><i>Dr. Júnior da Silva</i></p>   |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>DIAGNÓSTICO</b><br><p><i>Dr. Júnior da Silva</i></p>  |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>CID-10</b><br><table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>MEDICAÇÃO</b></td> <td colspan="2"><b>ENCAMINHAMENTO</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA</td> <td><input type="checkbox"/> 2. APPLICADA</td> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DUTRO HOSPITAL</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OBITO</td> <td><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> </table> |                                       |  |                                     | <b>MEDICAÇÃO</b> |                    | <b>ENCAMINHAMENTO</b> |  | <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> 2. APPLICADA | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> DUTRO HOSPITAL |  | <input type="checkbox"/> OBITO | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |  |  |  | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <b>MEDICAÇÃO</b>   |                                       | <b>ENCAMINHAMENTO</b>                        |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA  | <input type="checkbox"/> 2. APPLICADA | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO          | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> DUTRO HOSPITAL  |                                       | <input type="checkbox"/> OBITO               | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
|  |                                       |  | <input type="checkbox"/> OUTROS     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| <b>SERVICOS REALIZADOS, CÓDIGO / PROCEDIMENTO</b><br><table border="1"> <tr> <td>1 -</td> <td><i>13010110072</i></td> </tr> <tr> <td>2 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 -</td> <td></td> </tr> </table> <p><i>Ass. dos Profissionais Assistentes Técnicos</i></p>   |                                       |  |                                     | 1 -              | <i>13010110072</i> | 2 -                   |  | 3 -                                   |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| 1 -  | <i>13010110072</i>                    |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| 2 -  |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| 3 -  |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |
| Médico / Crm / Cns: FERNANDO TADEU VIEIRA JUCA JUNIOR - 5332 - 128-5399-3452/003<br>ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPOSISSAVEL: <i>Ass. Dr. Júnior da Silva</i><br>Lugar: <i>Ass. Dr. Júnior da Silva</i><br>ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo  |                                       |  |                                     |                  |                    |                       |  |                                       |                                       |                                     |                                     |   |  |                                |                                     |  |  |  |                                 |

Scanned with CamScanner



**ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINÉSIO FUNCIONAL**

EU, Dra. Gisiane Cruz de Lima, Fisioterapeuta, CREFITO: 177553-F declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que ROBERCIO MARCOS DA SILVA foi vítima de acidente motociclistico no dia 05 de novembro de 2016 e que em decorrência disto sofreu fratura na clavícula esquerda além de contusão no pé direito. O paciente apresentou-se em bom estado geral, corado, hidratado, marcha normal. Referiu dores no ombro esquerdo mesmo antes de se proceder qualquer manobra semiológica, e todas as manobras realizadas de como teste de sobrecarga biomecânica, teste de falseio de ombro, resistência em rotação externa e teste de compressão da bursa sub-acromial, descritos na literatura deram positivo à visão deste examinador. Também realizados testes de confiabilidade (força muscular), mobilização e goniometria (diminuição da amplitude de movimento para abdução). Considero comprometimento funcional parcial para atividades que se torna necessária a repetitividade de movimento do ombro esquerdo, força muscular estática e elevação do ombro com carga acima de 90°, devido às características e evolução das lesões.

Obs: na ocasião para avaliação à vítima apresentou-se acompanhado de sua mãe, Marileide da Silva.

14 de agosto de 2016 – Patos/PB

Dra. Gisiane Cruz  
Fisioterapeuta - CREFITO 177553-F  
CPF 070 477 958-52

Gisiane Cruz de Lima  
Gisiane Cruz de Lima  
(Fisioterapeuta)

COFFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010. Dispõe em seu Artigo 1º que o, Fisioterapeuta é âmbito de sua atuação profissional e competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial

Graduada pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP  
Pós-graduada em Fisioterapia Traumato-ortopédica e Desportiva  
Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas  
Email: gclmftf@hotmail.com Contato: (83) 99622.2764

Scanned with CamScanner



## **SINISTRO 3170452163 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** ROBERCIO MARCOS DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

MD ASSESSORIA SEGURO DPVAT

**BENEFICIÁRIO** ROBERCIO MARCOS DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 14083328410

**Posição em 17-10-2017 11:00:36**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 18/10/2017        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: THALITA PIMENTEL DE SOUSA - 30/07/2018 16:25:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18073016244742400000015243003>  
Número do documento: 18073016244742400000015243003

Num. 15631206 - Pág. 13



**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Água Branca**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800272-30.2018.8.15.0941

**DESPACHO**

A atividade probatória deverá recair sobre a existência ou não de invalidez permanente sofrida pelo autor e o seu grau. Para tanto, verifica-se a necessidade de realização de perícia judicial na parte autora, de modo a subsidiar suficientemente a resolução da demanda.

Nesse contexto, oficie-se ao HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA, solicitando a realização de perícia médica (exame DPVAT) na parte autora, devendo os peritos responderem aos quesitos formulados pelas partes, as quais devem ser intimadas a apresentarem. O laudo deve ser confeccionado no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da realização do exame.

Ainda no ofício, solicite-se para que o respectivo Hospital informe a data do exame com, ao menos, uma antecedência de 30 (trinta) dias, para possibilitar a intimação das partes e eventual nomeação de assistente técnico para acompanhamento da perícia (art. 465, CPC).

Com a designação da data, INDEPENDENTEMENTE DE NOVA CONCLUSÃO, intime-se o autor para comparecimento ao local informado e o réu para ter ciência do local e data da perícia.

Com a chegada do laudo, intimem-se as partes, sucessivamente, para sobre ele se manifestarem no prazo de 15 (quinze) dias.

CUMPRIDAS TODAS AS DETERMINAÇÕES ACIMA, **designem-se** data para Audiência de Conciliação.

Água Branca/PB, 02 de agosto de 2018

**PEDRO DAVI ALVES DE VASCONCELOS**

Juiz de Direito Substituto



Assinado eletronicamente por: PEDRO DAVI ALVES DE VASCONCELOS - 05/08/2018 09:34:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080509342852600000015329634>  
Número do documento: 18080509342852600000015329634

Num. 15721122 - Pág. 1

## CERTIDÃO

Certifico que **decorreu** o prazo legal sem manifestação da parte.

ÁGUA BRANCA

21 de maio de 2019

ELLIS CLERISTON DE ANDRADE SILVA



Assinado eletronicamente por: ELLIS CLERISTON DE ANDRADE SILVA - 21/05/2019 18:55:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052118553989000000020758596>  
Número do documento: 19052118553989000000020758596

Num. 21359425 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Água Branca**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800272-30.2018.8.15.0941

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Certifique-se se a parte demandada foi devidamente intimada para apresentação dos quesitos.

Em sendo positivo, cumpra-se conforme determinado no id: 15721122. Oficie-se ao hospital do município nos termos aludidos (quesitos apresentados IDs: 15345121).

Cumpra-se.

ÁGUA BRANCA, 6 de agosto de 2019.

PEDRO DAVI ALVES DE VASCONCELOS

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: PEDRO DAVI ALVES DE VASCONCELOS - 17/08/2019 21:05:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080611334656600000022549405>  
Número do documento: 19080611334656600000022549405

Num. 23258003 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**

**JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DE ÁGUA BRANCA-PB**

Fórum Conselheiro Luiz Nunes Alves, Sítio Serrote Alto, s/n – CEP 58748-000, Telefones: (83) 3481-1206 / 3481-1205.

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

**Ação: Cobrança de Seguro Obrigatório.**

**Processo nº: 0800272-30.2018.8.15.0941.**

**Autor: Marileide da Silva.**

**Réu: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**

Ilmo. Sr.:

Através da presente e de ordem do MM. Juiz de Direito desta comarca, Cito o(a) **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita sob o CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na pessoa de seu responsável, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20.031.205, por intermédio de seu representante legal, para os termos da Inicial. Ainda, **intimo** a mesma para, no prazo de 15 dias, apresentar os quesitos da perícia a ser realizada na parte autora.

Água Branca-PB, 02 de março de 2020.

Ellis Cleriston de Andrade Silva.  
Técnico Judiciário, Matrícula nº 476.784-5



Assinado eletronicamente por: ELLIS CLERISTON DE ANDRADE SILVA - 02/03/2020 16:31:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030216312799700000027654345>  
Número do documento: 20030216312799700000027654345

Num. 28687782 - Pág. 1