



Número: **0800590-93.2020.8.15.0051**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de São João do Rio do Peixe**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

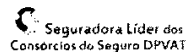
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO DE SOUZA ROLIM NETO (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34065673	08/09/2020 15:59	Petição	Petição
34065674	08/09/2020 15:59	2744299_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
34065675	08/09/2020 15:59	2744299_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150664931

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOAO DE SOUSA ROLIM NETO
CPF: 088.443.974-71 CPF de: Próprio Titular do CPF: JOAO DE SOUSA ROLIM NETO
Data do Acidente: 22/08/2013
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Pendente		
Documentação médico-hospitalar	Pendente		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Dispensado		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - JOAO DE SOUSA ROLIM NETO			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 30/07/2015
Nome: JOAO DE SOUZA ROLIM NETO
CPF: 088.443.974-71

JOAO DE SOUZA ROLIM NETO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/07/2015 09:43
Nome: Paulo Henrique da Silva
CPF: 066.057.169-22

Paulo Henrique da Silva



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
3ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO MUNICÍPIO DE PILÕES/PB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

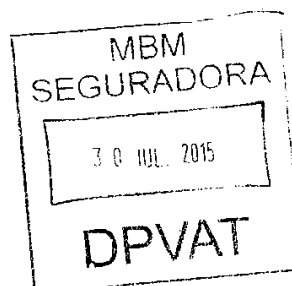


CERTIFICO para os devidos fins e efeitos legais, que fora Registrado o Boletim de Ocorrência de número 486/15, Folhas nº486, Registro nº486/2015, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos (02) de janeiro de 2015, nesta cidade de Pilões/PB, e na Delegacia de Polícia Civil desta cidade de Pilões/PB, presente a Autoridade Policial, e na Delegacia de Polícia Civil desta cidade de Pilões/PB, presente a Autoridade Policial o Dr. **ERALDO VIEIRA BARBOSA**, Delegado de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10h, **COMPARECE JOÃO DE SOUZA ROLIM NETO brasileiro, natural IPAUMIRIM/CE, CASADO, AGRICULTOR, ALFABETIZADO, RG, 3146452-96 SSP/PB CPF 088.443.974-71 nascido em 16/06/1978, filho de SINVAL HOLANDA ROLIM e de MARIA JULIA DA CONCEIÇÃO ROLIM, residente e RUA ANTONIO FELIPE /N75 BARRO CENTRO EM SANTA HELENA/PB. E PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA:** Afirma o declarante que no dia, 22/08/2013 O declarante estava com motocicleta MARCA/MODELO, HONDA/CG 125 NXR - BROS KS ANO 2003/2003, cor AZUL, Placa MMW6279/PB, chassi 9C2JD20103R014085, de Propriedade do Sr (a) ALMI ANTONIO DE LIMA, afirma o declarante que vinha com sua motocicleta quando saía da sua residência para centro quando se deu sua moto estava alta velocidade e caiu se machucando deixando gravemente corte no queixo e tornozelo onde foi socorrido por populares que passavam pelo local levando para o hospital DE EMERGÊNCIA Em CAJAZEIRAS aonde foi realizado O atendimento, afirma o declarante vê diagnóstico em ficha ambulatorial deste citado hospital que segue em anexo. **O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ. CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PILÕES-PB, AO 02 DIA DO MÊS DE janeiro DE 2015.**

NOTICIANTE:

João de Souza Rolim Neto

[Assinatura]
VISTO DO ESCRIVÃO



LAUDO DO IML

Eu, João de Souza Puelin Neto, portador da
carteira de identidade nº 314.6452-86 inscrito no CPF/MF sob o nº
088.443.974-71, residente e domiciliado na
Rua Antônio Felipe, n-75 centro, Cidade
Santa Helena, Estado PB, declaro, sob as penas da lei,
que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

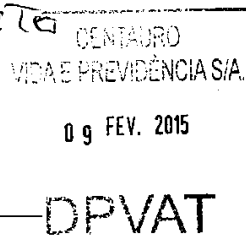
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre,
solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a
apresentação do laudo do Instituto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

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

X João de Souza Puelin Neto

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Helena - PB.





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL: 1300031653

ANAMINESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

REGISTRADO. POR: **william.lopes**

111



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:59:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815593351100000032585553>

Número do documento: 20090815593351100000032585553

Expedido: Maria Helena
Fonu: 9984-9342

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3140432-96
NOME	JOÃO DE SOUZA ROLIM NETO
PLUNÇÃO	SINVAL ROLANDA ROLIM
NOME	MARIA JULIA DA CONCEIÇÃO ROLIM
NATURALIDADE	ITAMIRIM - CE.
DATA DE NASCIMENTO	16.06.78
Cert.Nasc.	Nº5591.A-2Pls.131vs.
DOC. ORDEM	CARTÓRIO DE IATIMIO - CE.
CPF	
PORTALEZAGE	

DPVAT
CENTRO DE PREVIDÊNCIA
09 FEB 2015

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
FOTO	
FOTO	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	
CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	
CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	

CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	
CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	
CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Secretaria da Receita Federal	
CPF	
088.443.914-71	
ESTADO DE SOUZA ROLIM NETO	
RA	
119935-4	
CSM	
119935-4	
INSTITUTO DO EXERCÍCIO	
SISTEMA DE SERVIÇO MÚLTIPLO	
CERTIFICADO DE DISPENSA	
DE INCORPORAÇÃO	
MBM	
SEGURADORA	

CORREIOS	
09 FEB 2015	
DPVAT	
CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	
CENTRO DE PREVIDÊNCIA	
09 FEB 2015	
DPVAT	

DPVAT

DPVAT

The image shows a document with a grid-like structure, possibly a certificate or report. The text is heavily obscured by noise and artifacts, making it largely illegible. The document appears to be a form with various fields and sections, possibly related to a medical or official record. The title "CERTIFICATO" is visible at the top. The document is oriented vertically, with the title at the top and the main content below it. The grid structure suggests a form with multiple sections or fields. The text is mostly black on a white background, with some noise and artifacts visible throughout.

[illegible]



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA João de Sousa Redim Neto

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

CIDADE _____ BAIRRO _____

UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, MÉDICAS, HOSPITALARES, QUÍMICAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, MÉDICAS, HOSPITALARES, QUÍMICAS
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Felipe de Souza Robim Neto
PORTADOR(A) DO RG Nº 314.6452-96 EXPEDIDO POR SSO/CE EM 02/09/2015 E
CPF 0881443954-7 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO
E RENDA MENSAL DE R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Felipe de Souza Robim Neto AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA 1449-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 24933-5
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

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

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Felipe de Souza Robim Neto

ATENÇÃO

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



Banco Postal

*** Abertura de Conta PF ***

Agência : 00801645-AC SANTA HELENA
Número : 00527437 Id. Trá. : 5317
Nº do Aut. : Caixa : 8478975
Data : 01/12/2014 Hora : 17:19
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

SUBLOCAÇÃO RUA NOVA 120 5078

COMPROVANTE

PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA PESSOA FISICA

TITULAR: JOAO DE SOUSA ROLIM NETO
AGÊNCIA: 1413-4 CONTA: 24.933-5
VARIACAO POU-PANCHO: 01

24.933-5



CENTRO
ADAE PREVENTIVO

09 FEV. 2015

DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João de Souza Rolim Neto,

RG nº 314.6452-8 data de expedição 23/07/96 Órgão SSP/CE

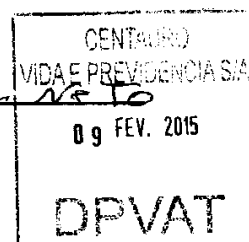
CPF nº 088.443.874-71, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Antônio Felipe</u>	MBM SEGURADORA
Número	<u>75</u>	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>	30 JUL 2015
Bairro	<u>Amêlo</u>	
Cidade	<u>Santa Helena</u>	DPVAT
Estado	<u>PB</u>	
CEP	<u>58.925.000</u>	
Telefone de Contato	<u>(83)3342-2704</u>	
E-mail	<u>Balhimescg@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Helena-PB

Assinatura do Declarante: João de Souza Rolim Neto





Rua Feliciano Cime, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

54806488

REFERÊNCIA

OUT/2014

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA HELENA RIBEIRO
RUA ANTONIO FELIPE, 75
CENTRO
SANTA HELENA

50925 066

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
187 02 120 0079	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	0

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
V05X247523	17/11/2006	4	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (m³) : NUM. DE DIAS : PRÓXIMA LEITURA

709 : 715 : 6 : 30 : 21/11/2014

HIST. DE CONS. / ANOS. LEIT. : QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2012-MS

ABR : 4 0 : NÍVEL DE ANULIFAS

MAR/2014 : 5 : PARÂMETROS VALORES

JUN/2014 : 0 : TURBID. 0.00

JUL/2014 : 0 : COC 1.5

AGO/2014 : 0 : CLORO 0.0

SET/2014 : 0 : CONDUTIVIDADE 0.0

OUT/2014 : 0 : CUSTOS TOTAIS 0.0

NOV/2014 : 0 : CUSTOS REFERENCIAIS A AGO/2014

DATA DA LEITURA: 27/10/2014 HORA DA LEITURA: 09:39:49

DESCRIÇÃO: CONSUMO VAL. ÁGUA VAL. ESGOTO VAL. SERVIÇOS

RESIDENCIAL: 10% 10% 24.49 24.49

VAL. HOMENAGENS: 10% 10% 0.49 0.49

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$2,27 PIS E COFINS, LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

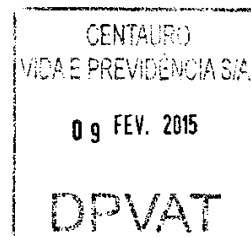
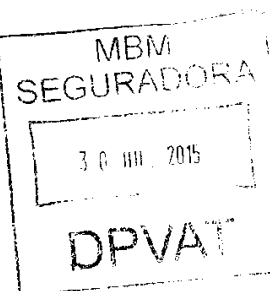
05/11/2014

Total a Pagar:

R\$ 24,98

144

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO
DE LEITURA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIORES: NAO EXISTE(M) CONTAS ANTER. EM DEBITO
INFORMACOES GERAIS: PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET
OU DEBITO AUTOMATICO.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO RIO DO PEIXE/PB

Processo: 08005909320208150051

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO DE SOUZA ROLIM NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO JOAO DO RIO DO PEIXE, 3 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:59:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815593608300000032585554>
Número do documento: 20090815593608300000032585554

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:59:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815593608300000032585554>
Número do documento: 20090815593608300000032585554