



Número: **0849065-21.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS (AUTOR)	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16404 678	05/09/2018 11:14	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
16404 730	05/09/2018 11:14	<a href="#">andriela herculano BO bam</a>	Documento de Comprovação
16404 741	05/09/2018 11:14	<a href="#">andriela herculano prot adm</a>	Documento de Comprovação
16596 940	06/02/2020 18:11	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

Justiça Gratuita

**ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**, inscrito no CPF sob o nº 093.444.354-80, residente e domiciliado na Rua Nabuco de Melo, 51, Marco Moura, CEP: 58300-970, Santa Rita – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

**AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

**EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE**



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 05/09/2018 11:13:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090511135450600000015986389>  
Número do documento: 18090511135450600000015986389

Num. 16404678 - Pág. 1

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

## **PRELIMINARMENTE**

### **Do Benefício da Gratuidade Processual**

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

## **DOS FATOS**

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em 13.09.2017, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

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

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o percepimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA  
(PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER  
RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO  
DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO  
PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A  
VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O  
PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO  
JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O  
PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O  
REFERIDO PAGAMENTO.

"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 ."

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

## DO DIREITO

### 1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

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

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



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

**“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.**

**§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)**

## **2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM***

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

**“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”**

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

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



**CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS.** 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação

**2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado.**

**3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser açãoada para pagar o valor da indenização de seguros.**

**4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso.**

**5. Recurso a que se nega provimento.** (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

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

### **3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO**

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

**“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)



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

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

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

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

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

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

#### 4. DO VALOR



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

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

**“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:**

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

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

**§ 1º** No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%



(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

## 5. DA POSTULAÇÃO

**EX POSITIS**, requer a Vossa Excelência:

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

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



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

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 16 de julho de 2018.

*Fabio Carneiro Cunha Lima*

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

*Ana Raquel de S. e S. Coutinho*

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 05/09/2018 11:13:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090511135450600000015986389>  
Número do documento: 18090511135450600000015986389

Num. 16404678 - Pág. 9

## **Quesitos para a perícia:**

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00140.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00140.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 23 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Andriela Herculano das Chagas, CPF nº 093.444.354-80, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria Hozana Herculano das Chagas e Antonio Gouveia das Chagas, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/12/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Nabuco Melo, Nº 51, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Ponto Final, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98549-733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Sanhaua, Estação Ferroviaria, Bayeux/PB, bairro Baralho; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/17 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

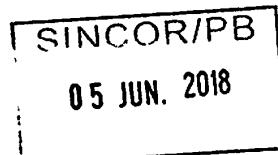
QUE no dia 13/09/2017, por volta das 22:00 horas ,precisamente rua: Sanhaua ,em Bayeux PB, quando o esposo da notificante Flavio Henrique Santos do Nascimento, portador do CPF: 094.600.644-00, conduzia o veículo tipo motocicleta, marca e modelo:Honda CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2009 ,de cor preta, placa: MNW4791/PB,CHASSI Nº 9C2JC41109R000974, registrado em nome do esposo da notificante, acima citado;QUE ao chegar na rua Sanhaua ,um veículo , modelo e marca não identificado pelo notificante, nem tão pouco o condutor do veículo que trancou a notificante e seu esposo, fazendo com que o mesmo perdesse o controle e viesse a cair no solo, onde a notificante veio a se lesionar, sendo a mesma socorrida pelo SAMU, para o hospital de Emergencial e trauma senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 29/11/2017, e assinado pelo médico Dr. José de Almeida Braga-CRM 2329/PB.Que não quer representar

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de janeiro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigacao

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS  
Noticiante



Procedimento Policial: 00140.01.2018.1.00.420

CONFERIDO COM O ORIGINAL

1/1



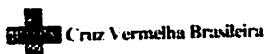
	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA <div style="text-align: right;"></div> <div style="text-align: center;">DIVISÃO MÉDICA</div>	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	28/12/91	
<b>NOME DA MÃE</b>	MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	1.027.348	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	13/09/17	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	22:35	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA	
<b>CID 10</b>	S42.0	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência e sem vômito. Relata dor em ombro direito. Abdome sem queixas. RX: fratura da clavícula direita. Imobilização em "8".		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
RX de ombro direito.		
<b>RESULTADOS DOS EXAMES:</b>		
Fratura de clavícula direita.		
<b>TRATAMENTO:</b>		
Imobilização em "8".		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	14/09/17	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	29/11/17	
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB		

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
05 JUN. 2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CENES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027348



#### Identificação do paciente

ID 1210064	Nome <b>ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25 anos 8 meses 16 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS</b>	Pai <b>ANTONIO GOUVEIA DAS CHAGAS</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>BIANCA - ACOMPANHANTE</b>			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987140957	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3526174	Nº Crs		
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email	Naturalidade JUAZEIRINHO	CBO/R		

#### Endereço

CEP 58301000	Município de residência <b>SANTA RITA</b>	JF PB	Logradouro <b>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES</b>
Número SN	Complemento		Bairro <b>POPULAR</b>

#### Admissão

Data e Hora 13/09/2017 22:36:50	Número da pulseira <b>1000006260179</b>		Convênio SUS
------------------------------------	--	--	-----------------

Especialidade  
**CIRURGIA GERAL**

Classificação de risco

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>
------------------------	---	--

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
----------------------	-----------------------	---------------------------	---------------

Meio de transporte SAMU	Quem transportou
----------------------------	------------------

#### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

#### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Imprimi

13/09/2017 22:33



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS</b>	BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa 2017-09-14 01:58:14.0
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS</b>			
Endereço <b>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN</b>	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EDSON DELGADO TINOCO</b>	Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 14/09/2017 01:58:25		Data/Hora Prescrição 14/09/2017 01:58:25	

### Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. APÓS IMOBILIZAÇÃO EM 8 NOTAS-SE POUCA MUDANÇA EM RELAÇÃO AO RX INICIAL. ORIENTO SOBRE PROSIE CONTRAS DE TRATAMENTO CONSERVADOR X CIRÚRGICO. PACIENTE OPTA POR TRATAMENTO CONSERVADOR, COM POSSIBILIDADE DE NECESSIDADE DE CIRURGIA APÓS ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD: ALTA HOSPITALAR

### CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

### Conduta

Em observação

### Alta Hospitalar

Usuário <b>EDSON DELGADO TINOCO</b>	Data e Hora 14/09/2017 01:58:14
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações

EDSON DELGADO TINOCO  
(7142/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS</b>	BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNG
Mãe <b>MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS</b>			
Endereço <b>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN</b>	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO</b>	Nº Cons. Regional 9793/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2017 22:38:19		Data/Hora Prescrição 13/09/2017 22:43:08	

<b>Anamnese</b> PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, REFERE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. USAVA CAPACETE NO MOMENTO DO SINISTRO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. RELATA DOR EM OMBRO DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: 1- SOLICITO RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO + AVALIAÇÃO DA ORTO.
---

<b>EXAME DE IMAGEM</b> <b>RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)</b>				
<b>CID10</b>				
<table border="1"><tr><td>Código</td><td>Descrição</td></tr><tr><td>T07</td><td>Traumatismos múltiplos não especificados</td></tr></table>	Código	Descrição	T07	Traumatismos múltiplos não especificados
Código	Descrição			
T07	Traumatismos múltiplos não especificados			

<b>Conduta</b> Em observação
---------------------------------

Dr. Ernesto Diniz Neto  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 9793

\_\_\_\_\_  
ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO  
(9793/PB) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2778696

Paciente <b>ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS</b>	BAE <b>1027348</b>	Data/Hora Entrada <b>13/09/2017 22:35:50</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>28/12/1991</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987140957</b>
Endereço <b>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6913/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>13/09/2017 22:38:19</b>		Data/Hora Prescrição <b>13/09/2017 23:30:52</b>	

#### Anamnese

REFERE QUEDA DE MOTO HA 3H QUEIXA SE DE DOR NO OMBRO DIR NEDA DESMAIO RX FRATURA DA CLAVÍCULA DIR COM DESVIO CD  
IMOBILIZAÇÃO EM OITO E RX CONTROLE

#### CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

#### Conduta

Em observação

  
**ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA**  
**(6913/PB)**

**ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**





Recituário Médico

Ae 17.914/MS

MEETSHL

Paciente ANDRIOLA HERCULANO  
DAS CHAVES apresentou fratura  
do clavículo direito com  
desvio e risco no segmento  
anterior.

Solicitó internamento  
para realizar osteosíntese.

017.542.0

Data: 25/09/17

Médico - CRM

F(NG).CC.002-I



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: Andriela Henclano dos Chagas  
Inscrição no CNH: \_\_\_\_\_  
CPF/MF: 093446354-80 RG: 3525174 SSP/PB  
Endereço: Rua Nelson de Melo, 51, Marco Mauá  
Santa Rita - PB 58300 970

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e  
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,  
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,  
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obliga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 20 de janeiro de 2018.

Andriela Henclano dos Chagas  
Outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider das  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200282/18

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

CPF: 093.444.354-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/09/2017

Titular do CPF: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS : 093.444.354-80

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

3180257213

### 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2018  
Nome: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS  
CPF/CNPJ: 093.444.354-80

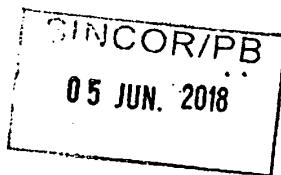
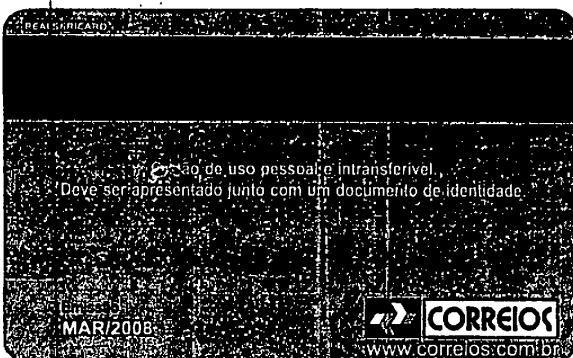
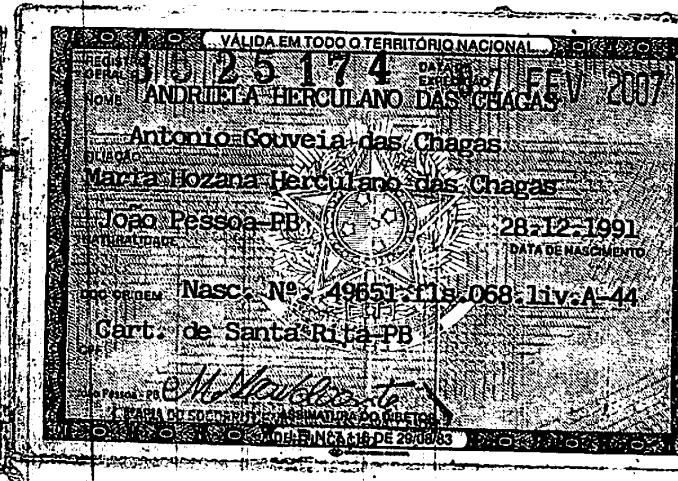
ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2018  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

Sandra Maria Accioly Pedrosa





CONFERIDO COM O ORIGINAL





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima   
**093444354-80** **Andriela Hinculano das Chagas**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>Andriela Hinculano das Chagas</b>	CPF titular da conta <b>093444354-80</b>	Profissão <b>na hora</b>
Endereço <b>R. Edvaldo Machado</b>	Número <b>02</b>	Complemento
Barro <b>Município</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>53300-970</b>
Email	Telefone (DDD) <b>986816839</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	RS 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
<b>1914</b>		<b>99126</b>	<b>4</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
<b>AGÊNCIA Nº</b>	<b>D/V</b>	<b>CONTA Nº</b>	<b>D/V</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**ges Rose 15 de outubro de 2018**

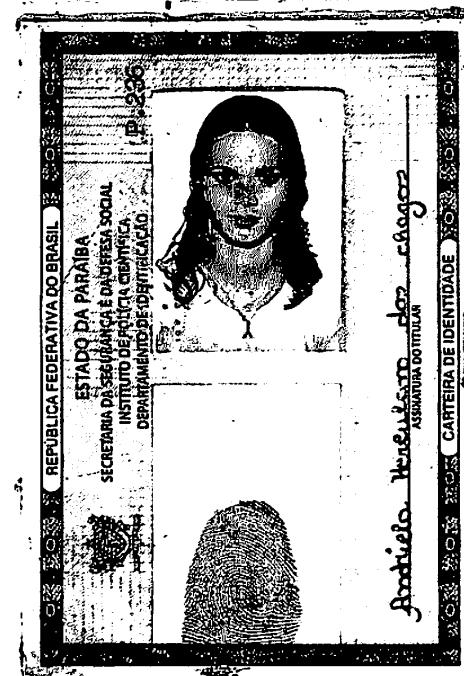
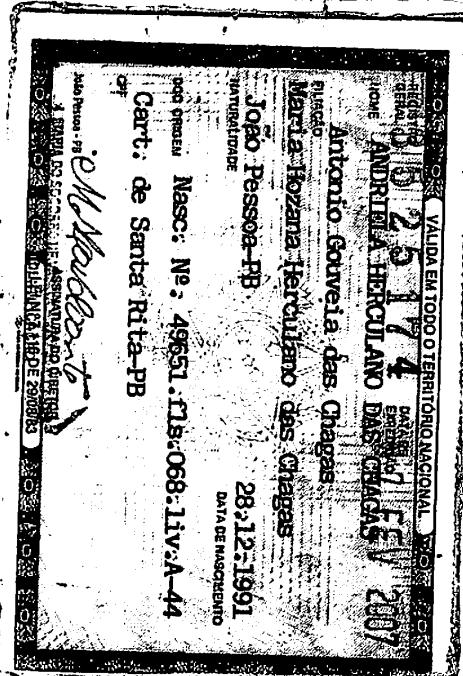
Local e Data

**Andriela Hinculano das Chagas.**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
05 JUN. 2018



Rua: SANTANA  
Pav. 83 - Bairro:  
09/2017 - 80:00



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriela Hencllano das Chagas,

RG nº 3525174 data de expedição 07/02/07 Órgão SER (PB).

CPF nº 093344354-80, 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>R. Edigio Madruga</u>	
Número	<u>02</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Municípios</u>	
Cidade	<u>Santa Rita</u>	<u>SINCOR/PB</u>
Estado	<u>PB</u>	<u>05 JUN. 2018</u>
CEP	<u>58300-000</u>	
Telefone de Contato	<u>986816839</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Local e Data: 15/04/18

Assinatura do Declarante: Adriela Hencllano das Chagas.



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento deve ser pago.  
Documento não é sequência de conta  
Número da Conta: 18090511130492100000015986449

Nº 004 322 770



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Br 230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

FLAVIO HENRIQUE SANTOS DO NASCIMENTO  
RUA EGÍDIO MADRUGA 02  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1416895-9

## REFERÊNCIA

MAR/2018

## APRESENTAÇÃO

28/03/2018

## CONSUMO

64

## VENCIMENTO

05/04/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 52,48

VENCIMENTO

05/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 52,48

MATRÍCULA

1416895-2018-03-3

FLAVIO HENRIQUE SANTOS DO NASCIMENTO

Rotativo: 17-009-379-7480

83660000000-1 52460054000-6 14168952018-9 03300009019-2



SINCOR/PB  
05 JUN. 2018

CONFIRMO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 05/09/2018 11:13:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090511130492100000015986449>  
Número do documento: 18090511130492100000015986449

Num. 16404741 - Pág. 7



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Andreia Herculano das Chagas CPF da Vítima: 083444354-80 Data do Acidente: 13-09-2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
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:	
<b>Assinalar uma das opções abaixo:</b>	
<b>CONFERIDO COM O ORIGINAL</b>	
Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
<input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou	
<input checked="" type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 que eu possa receber a lesão permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou <b>05 JUN 2018</b> de acordo com o §º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

Local e Data  
José Pinho, 15 de Julho de 18

Andreia Herculano das Chagas  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávio Henrique Santos dos Nascimentos,

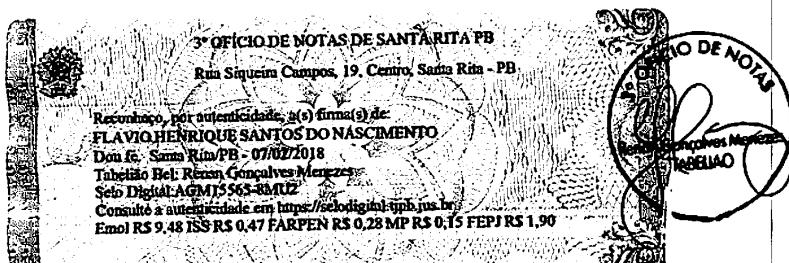
RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Órgão SSP, portador do CPF nº 094 600 644 00, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Engenho Maranguape, nº 02,

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 Andriela Hevalim dos Reis, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda CG 125  
Ano: 2009  
Placa: MNW 4.701  
Chassi: 9C2JCH1109  
Data do Acidente: 13.09.2017 R 000 974  
Local e Data: for Pernas, 15.04.2017

Flávio Henrique Santos dos Nascimentos  
Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor)(caso seja um terceiro que não é a vitima) reclamante do sinistro.)



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
05 JUN. 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETAN - PB		Nº 012974048594		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				
VIA	COD. REGR. MDPF	201600008531598	EXERCÍCIO	
ACR	1	0012358800-6	00/00000000	
BR			2016	
0	FLAVIO HENRIQUE S. DO NASCIMENTO			
0				
4				
4				
5				
0				
8	09460064400	PLACA	MRB4791/PB	
0	PLACA MVT/00	CHASSI		
7	NOVO	28	9C2VCA1109R000974	
7	ESTELO/00	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO ANDR/C		GASOLINA		
MARCHA/FORTE		ANO PAG.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN KS		2009	2009	
CAP/POT/GL		COSTEADOR/ARAME		
2 P/124/7GT		PARTIC		
COTA UNICA		COTA UNICA		
I	IPVA PAGO EM	26/12/2016	11	
P	FAINA IPVA	PARCELA VENTO/COTAS	24	
V	*****	0	13	
A				
PRÉMIO TARIIFARIO (R\$)		DEP	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO	P.A.G.O	05/01/2016
SEM RESERVA DE DOMÍTIO				
SANTA RITA-PB		VALORES		DATA
10399		0		14/01/2017
16331				

PB N° 012974648694		BILHETE DE SEGURO DPVAT										
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><a href="http://www.dpvatseguradotransito.com.br">www.dpvatseguradotransito.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204</p>												
		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO									
		<b>2016</b>	<b>14/01/2017</b>									
VALOR		CPF / CNPJ	PLACA									
<b>1</b>		<b>09460064400</b>	<b>MNF4791/PB</b>									
RENAVAM		MARCA / MODELO										
<b>00123588006</b>		<b>HONDA/CG 125 FAN KS</b>										
ANO/FAB.		Nº CHASSI										
<b>2009</b>		<b>9C2JCA1109R000974</b>										
<p><b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b></p> <table border="1"> <tr> <td>FNS (R\$)</td> <td>DENATRAN (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> </table> <p>CUSTO DO BILHETE (R\$)      IOF (R\$)      TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)</p> <table border="1"> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> </table> <p><b>SEGURO</b>      <b>P A G O</b></p>				FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	*****	*****	*****	*****	*****	*****
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)										
*****	*****	*****										
*****	*****	*****										
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO										
<input checked="" type="checkbox"/> PISTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO										
		<b>05/01/2016</b>										

**CONFIRADO COM O ORIGINAL**

Poder Judiciário da Paraíba  
10ª Vara Cível de João Pessoa-PB

**Nº** do Processo: 0849065-21.2018.8.15.2001  
**Classe** Processual: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
**A s s u n t o s :** [ S E G U R O ]  
**AUTOR:** ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS  
**RÉU:** BRADESCO SEGUROS S/A

## D E S P A C H O

Vistos, etc.

Defiro o benefício da justiça gratuita em favor da parte autora, o que faço com fulcro no art. 98 do CPC.

A experiência tem demonstrado que, em casos como o presente, a seguradora ré não costuma firmar acordos antes da realização da perícia médica necessária ao deslinde do feito, o que torna a conciliação improvável, ao menos por ora. Assim, deixo de designar audiência de tentativa de conciliação prevista no art. 334 do CPC.

Cite-se a parte ré, pela via postal, para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela autora (art. 344 do CPC).

Apresentada defesa, intime-se a parte autora, na pessoa de seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer impugnação.

João Pessoa, 06 de fevereiro de 2020

*Ricardo  
Juiz de Direito*

d a

Silvia

B r i t o

