



Número: **0823465-81.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO,  
ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO
AUTOR	JOAO BATISTA PEREIRA DE SOUZA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18514 048	28/12/2018 16:49	<a href="#">PROC. DOCS. IDENTIFICAÇÃO</a>	Procuração
18514 060	28/12/2018 16:49	<a href="#">JOÃO BATISTA - DOCS. COMPROVAÇÃO- otimizado 1</a>	Documento de Comprovação
18892 785	06/02/2019 16:03	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

## PROCURAÇÃO "AD JÚDÍCIA"

OUTORGANTE: JOÃO BATISTA PEREIRA DE SOUZA, brasileiro, divorciado, agricultor, portador do CPF 638.270.787-72, residente e domiciliado na rua Zezito Ribeiro, 30, Centro, Massaranduba-PB, CEP-58120-000.

OUTORGADOS: FÁBIO JOSÉ DE SOUZA ARRUDA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 5883, FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB Nº 7547 e BÁRBARA LEÔNIA FARIA BATISTA GOMES, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PB sob o nº 20740, ambos com o escritório profissional na Rua Vidal de Negreiros, nº 48, sala 101, Centro, Campina Grande-PB, onde recebem avisos e intimações. Telefone: (83) 9874-8828.

PODERES: Os da cláusula "Ad Judicia" e para o foro em geral, e especialmente para representar o outorgante em qualquer ação ou repartição, seja ele autor ou réu, requerer o que for de direito, acordar, discordar, dar quitação, bem como receber Alvará e tudo mais que se faça necessário ao bom desempenho deste mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte.

PODERES ESPECIAIS: REPRESENTAR O (A) OUTORGANTE EM AÇÕES PENais, CÍVEIS, TRABALHISTAS OU PREVIDENCIÁRIAS, ONDE O (A) MESMO (A) FOR AUTOR (A) O RÉU, EM QUALQUER COMARCA OU DELEGACIA DO PODER JUDICIÁRIO, JUNTO AO MINISTÉRIO PÚBLICO, AO INSS, BEM COMO A PBPREV.

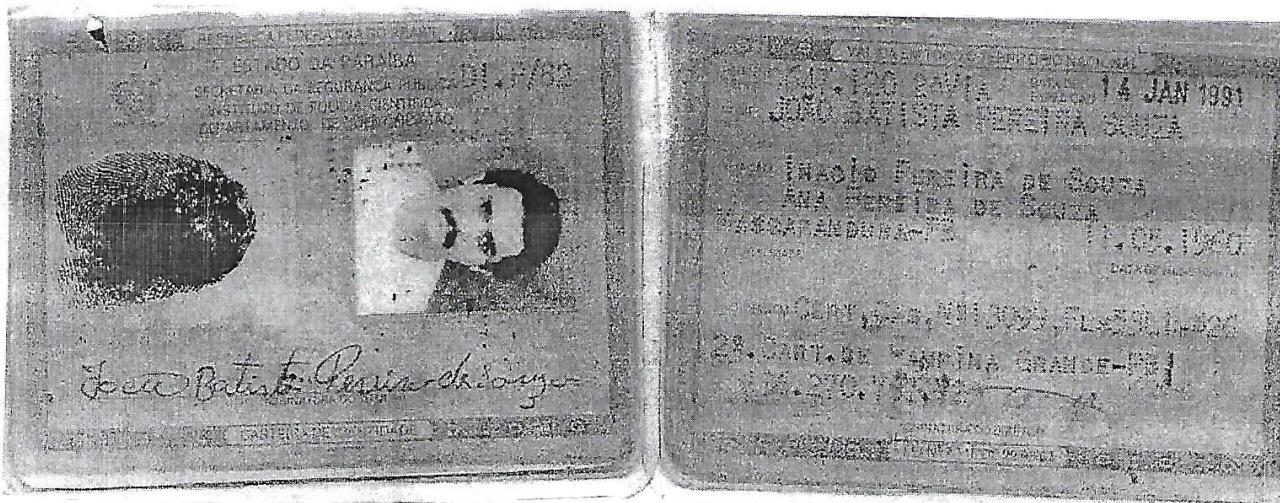
### CONTRATO DE HONORÁRIOS:

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos contratantes, fica obrigado (a) outorgante a pagar aos outorgados, honorários advocatícios à base de 30% sobre o valor da condenação ou acordo realizado entre as partes litigantes, independentemente de haver condenação em honorários sucumbenciais, ficando o MM. juiz autorizado a reter a verba honorária contratual.

Campina Grande-PB, 10 de Agosto de 2017.



OUTORGANTE



JOAO BATISTA PEREIRA DE SOLZA  
RUA ZEZITO RIBERO, 30 - CENTRO  
MASSARANDUBA/PB CEP 58120000 (AG. 401)

ENDERECO: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO  
CEP: 58230-120 - ALGA SUDENESE - TRES ILHOS - CAMPINA GRANDE/PB - CEP: 58422-700  
Referência Jan/2014  
ID medidor: C1269078226 Emissão: 17/01/2014  
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°0000066 181  
Código para Detalhe Automático: 000001107838

c6c8.8d6e.ac25.79ea.7d48.7f91.4113.fc84

4/110783-8

Jan / 2014

17/01/2014

18/02/2014

03627078772

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 12/01/2014 PAGAS  
OBRIGADO!

Data	Leratura	Data	Leratura			
17/12/13	13432	17/01/14	13510	1	88	31

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	80	0,09021	7,20
Consumo em kWh	58	0,15464	8,85

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS		
COFINS		0,12
CONTRIBUICAO PÚBLICA		0,66
JUROS DE MORA 12/2013		4,81
MULTA 12/2013		0,13
ICMS (Base de Cálculo R\$ 32,38   Alíquota 5,00%)		0,30
		9,09

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

Dez/13	82		ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2013	0,01
Nov/13	80			
Out/13	81			
Sep/13	81			
Agosto/13	85			
Jul/13	87			
Jun/13	90			
May/13	90			
Apr/13	79			
Mar/13	82			
Fev/13	110			
Jan/13	92			

Média dos Últimos meses  
88 kWh

24/01/2014

R\$ 25,25

11/2013 - Campina Grande I

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição	5,39	21,31
Companhia de Energia	5,65	21,88
Serviço de Transmissão	0,64	2,53
Encargos Setoriais	-0,22	-0,87
Impostos Diretos e Encargos	13,68	54,97
Outros Serviços	0,08	0,08
Total	26,25	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição  
(Ref 11/2013) R\$6,04

\* Sua unidade foi autorizada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$12,25

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO DA  
CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.**

EU, JOÃO BATISTA PEREIRA DE SOUZA, brasileiro, divorciado, agricultor, portador do CPF 638.270.787-72, residente e domiciliado na rua Zezito Ribeiro, 30, Centro, Massaranduba-PB, venho por meio deste, requerer uma cópia do prontuário de atendimento referente ao dia 05 de Janeiro de 2014, com a finalidade de instruir processo judicial em face da Seguradora Lider DPVAT.

Termos em que,

Pede deferimento.

Campina Grande, PB, 01 de Novembro de 2017.



JOÃO BATISTA PEREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2015

Carta nº: 8196704

A/C: JOAO BATISTA PEREIRA DE SOUZA

Sinistro: 3150979686  
Vítima: JOAO BATISTA PEREIRA DE SOUZA  
Data Acidente: 05/01/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMIS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, *Bento Balinto Pereira de Souza*

PORTADOR(A) DO RG N° 647.120.229-VIA EXPEDIDO POR SSP/PG EM 14/01/99

CPF 630.934.984-70 CNPJ 000000000000-00 PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_ 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 cadastrar, cadastral de todos os pessoas privativas ao pagamento de 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 até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento de comprovação dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 \_\_\_\_\_ AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

*Bento Balinto Pereira de Souza*

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenizações de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 9.452/96) 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.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800-6221204.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE MASSARANDUBA - PB

583468

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

VERSANDO SOBRE: ACIDENTE DE TRÂNSITO

INCIDÊNCIA PENAL: --

TEMPO DO FATO: 05 DE JANEIRO DE 2014

HORA E DATA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 26 DE OUTUBRO 2015, POR VOLTA DAS 11:00H

LOCAL DO FATO: SITIO DOZÉ, ZONA RURAL DE MASSARANDUBA - PB.

VITIMA/COMUNICANTE: JOÃO BATISTA PEREIRA SOUZA, brasileiro, casado, carpinteiro, RG nº: 626.270.787-72, filho de INACIO PEREIRA DE SOUZA e de ANA PEREIRA DE SOUZA, residente e domiciliado na Rua Zezito Ribeiro, nº 30, Centro, Massaranduba - PB.

TESTEMUNHAS: A APRESENTAR

ACUSADO: --

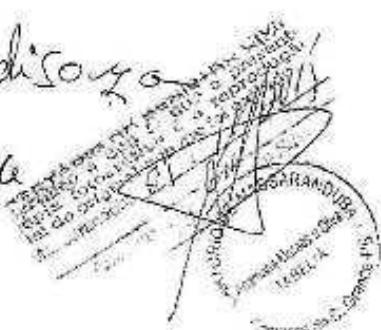
HISTÓRICO: O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de moto na data de 05 de janeiro de 2014, por volta das 12:00 ; QUE a motocicleta era uma HONDA CG 125 FAN KS, cor preta, ano 2011/2012, Placa: OFC 6810/PB, chassi: 9C2IO4116CR428091, CÓD. RENAVAM: 00390000986-9, em nome de JOSÉ PEREIRA DE OLIVEIRA IRMÃO; QUE a vítima estava acompanhada de sua esposa MARIA ZULEIDE DOMINGOS PEREIRA, RG Nº 1.253.666 2º VIA, CPF: 587.787.044-49 que estava na garupa da moto; QUE ambos tiveram escoriações pelo corpo, esta teve um braço quebrado e um dedo do pé também quebrado e uma lesão grave no tornozelo, conforme comprova os laudos médico em anexo. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.

PROVIDENCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA DESTE BOLETIM E A ELABORAÇÃO DE TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA.

AUTONIDADE: EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO

COMUNICANTE: *João Batista Pereira Souza*  
JOÃO BATISTA PEREIRA SOUZA

ESCRIVÃO AD- HOC : LEONARDO LIMA DE ANDRADE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Batista Pereira Souza, portador da carteira de identidade nº 636.270.787-8 inscrita no CPF/MF sob o nº 636.270.787-72, residente e domicílio na Rua 21 de Junho, n.º 30 centro, Cidade Mamanguape, 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;

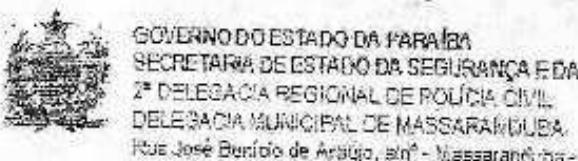
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura da invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Marcelo Teixeira Domingos Pereira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data



OCORRÊNCIA N° 00023714

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR, em razão do meu ofício e o requerimento verbal de pessoa interessada que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontra a Ocorrência de N° 00023714 registrada em 03/02/2014, que passa a transcrever na íntegra: Aos três dias do mês de fevereiro do ano de 2014, nesta cidade de Massaranduba, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGAÇÃO MUNICIPAL DE MASSARANDUBA, estando de 10:22 horas, compareceu a Sr. JOÃO BATISTA PEREIRA SOUZA, com 53 anos de idade, filho de INACIO PEREIRA DE SOUZA e ANA PEREIRA DE SOUZA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, Casado, esconderijo Fundamental Incompleto, profissão ARQMENTADO, portador da Cédula de Identidade N° 647120-2-114, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 68627078772, residindo à rua ZEZITO RIBEIRO, 30, CENTRO, na cidade de Massaranduba - PB, fone 81432664.

Declarou que:

Que sofreu um acidente de motocicleta tipo: HONDA /CG 125 FAN KS -PRETA -ANO/MOD.2011/2012- CHASSI:OC2104110CR428091 - RENAVAM: 0039068985-9 -SEM RESERVA DE DOMINIO- EM NOME DE: JOSE PERERA (F. OLIVEIRA IRMAO) que estava também com sua esposa de nome: MARIA EULÉIDE DOMINGOS PEREIRA. RG N° 1.253.865 2º via e CPF N° 587.707.044-49, na "CARUPA" DA MOTOCICLETA - como consta os anexos - Que teve varias lesões e cortes na mão - cópia em anexo - e sua esposa - teve uma braço quebrado e um dedo no pé e uma lesão grave no tornozelo - cópia em anexo - Na cidade de Massaranduba/PB. Nada mais havendo a tratar, dentre o declarante das imputações feitas contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achado conforme, exerce a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

Massaranduba, Segunda-feira, 3 de Fevereiro de 2014

JOÃO BATISTA PEREIRA SOUZA

Ddeclarante

ADRIANO H.S. COSTA  
Esonvão



**SUS**

**ACIDENTE DE MOTO**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**  
**NATUREZA DA CONSULTA**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATÓRIO**

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS SUS:**

**ÓRGÃO DA UNIDADE: 001**

**NOME: HOSPITAL ANTÔNIO FERGUSON**

**ENDERECO: RUA DOURADO CRUZ, 442**

**MUNICIPIO: CAMPO GRANDE**

**PACIENTE: 513659**

**NOME: JOÃO BAPTISTA PEREIRA GOMES**

**PROBLEMA: R. JOSE RUFINO DA CRUZ, 1**

**ENDERECO: RUA JASSATANQUIA,**

**MUNICIPIO: MASSAPÊ DO CUIABÁ**

**DATA ATENDIMENTO: 05/01/2014**

**ANAMNESE E CLÍMATE FÍSICO SUMARÍDOS:**

**Acidente de moto.**

**Exames realizados na unidade:**

**Exame:**

**Teste:**

**Resultados:**

**Típus:**

**Exame:**

**Teste:**

**Resultados:**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

**CONSULTA BÁSICA (PAB)**

**CONSULTA ESPECIALIZADA:**

**PROCEDIMENTO:**

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

**01 - ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGÊNCIA**

**02 - PRIMEIRA CONSULTA**

**03 - CONSULTA SUBSEQUENTE:**

**04 - ATENDIMENTO DE ROTINA:**

**05 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SINTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)**

**06 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA:**

**07 - VACINAÇÃO ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE:**

**08 - PRÓXIMA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PRA OUTRA UNIDADE:**

**09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA A UNIDADE:**

**10 - CONSULTA DE INVESTIGAÇÃO:**

**11 - CONSULTA DE INTERNAÇÃO:**

**12 - CONSULTA DE OUTROS:**

**13 - CONSULTA DE OUTROS:**

**14 - CONSULTA DE OUTROS:**

**15 - CONSULTA DE OUTROS:**

**16 - CONSULTA DE OUTROS:**

**17 - CONSULTA DE OUTROS:**

**18 - CONSULTA DE OUTROS:**

**19 - CONSULTA DE OUTROS:**

**20 - CONSULTA DE OUTROS:**

**21 - CONSULTA DE OUTROS:**

**22 - CONSULTA DE OUTROS:**

**23 - CONSULTA DE OUTROS:**

**24 - CONSULTA DE OUTROS:**

**25 - CONSULTA DE OUTROS:**

**26 - CONSULTA DE OUTROS:**

**27 - CONSULTA DE OUTROS:**

**28 - CONSULTA DE OUTROS:**

**29 - CONSULTA DE OUTROS:**

**30 - CONSULTA DE OUTROS:**

**31 - CONSULTA DE OUTROS:**

**32 - CONSULTA DE OUTROS:**

**33 - CONSULTA DE OUTROS:**

**34 - CONSULTA DE OUTROS:**

**35 - CONSULTA DE OUTROS:**

**36 - CONSULTA DE OUTROS:**

**37 - CONSULTA DE OUTROS:**

**38 - CONSULTA DE OUTROS:**

**39 - CONSULTA DE OUTROS:**

**40 - CONSULTA DE OUTROS:**

**41 - CONSULTA DE OUTROS:**

**42 - CONSULTA DE OUTROS:**

**43 - CONSULTA DE OUTROS:**

**44 - CONSULTA DE OUTROS:**

**45 - CONSULTA DE OUTROS:**

**46 - CONSULTA DE OUTROS:**

**47 - CONSULTA DE OUTROS:**

**48 - CONSULTA DE OUTROS:**

**49 - CONSULTA DE OUTROS:**

**50 - CONSULTA DE OUTROS:**

**51 - CONSULTA DE OUTROS:**

**52 - CONSULTA DE OUTROS:**

**53 - CONSULTA DE OUTROS:**

**54 - CONSULTA DE OUTROS:**

**55 - CONSULTA DE OUTROS:**

**56 - CONSULTA DE OUTROS:**

**57 - CONSULTA DE OUTROS:**

**58 - CONSULTA DE OUTROS:**

**ACIDENTE DE MOTO**

**NATUREZA DA CONSULTA**

**CONSULTA BÁSICA (PAB)**

**CONSULTA ESPECIALIZADA:**

**PROCEDIMENTO:**

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

**01 - ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGÊNCIA**

**02 - PRIMEIRA CONSULTA**

**03 - CONSULTA SUBSEQUENTE:**

**04 - ATENDIMENTO DE ROTINA:**

**05 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SINTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)**

**06 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA:**

**07 - PRÓXIMA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PRA OUTRA UNIDADE:**

**08 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA A UNIDADE:**

**09 - CONSULTA DE INVESTIGAÇÃO:**

**10 - CONSULTA DE INTERNAÇÃO:**

**11 - CONSULTA DE OUTROS:**

**12 - CONSULTA DE OUTROS:**

**13 - CONSULTA DE OUTROS:**

**14 - CONSULTA DE OUTROS:**

**15 - CONSULTA DE OUTROS:**

**16 - CONSULTA DE OUTROS:**

**17 - CONSULTA DE OUTROS:**

**18 - CONSULTA DE OUTROS:**

**19 - CONSULTA DE OUTROS:**

**20 - CONSULTA DE OUTROS:**

**21 - CONSULTA DE OUTROS:**

**22 - CONSULTA DE OUTROS:**

**23 - CONSULTA DE OUTROS:**

**24 - CONSULTA DE OUTROS:**

**25 - CONSULTA DE OUTROS:**

**26 - CONSULTA DE OUTROS:**

**27 - CONSULTA DE OUTROS:**

**28 - CONSULTA DE OUTROS:**

**29 - CONSULTA DE OUTROS:**

**30 - CONSULTA DE OUTROS:**

**31 - CONSULTA DE OUTROS:**

**32 - CONSULTA DE OUTROS:**

**33 - CONSULTA DE OUTROS:**

**34 - CONSULTA DE OUTROS:**

**35 - CONSULTA DE OUTROS:**

**36 - CONSULTA DE OUTROS:**

**37 - CONSULTA DE OUTROS:**

**38 - CONSULTA DE OUTROS:**

**39 - CONSULTA DE OUTROS:**

**40 - CONSULTA DE OUTROS:**

**41 - CONSULTA DE OUTROS:**

**42 - CONSULTA DE OUTROS:**

**43 - CONSULTA DE OUTROS:**

**44 - CONSULTA DE OUTROS:**

**45 - CONSULTA DE OUTROS:**

**46 - CONSULTA DE OUTROS:**

**47 - CONSULTA DE OUTROS:**

**48 - CONSULTA DE OUTROS:**

**49 - CONSULTA DE OUTROS:**

**50 - CONSULTA DE OUTROS:**

**51 - CONSULTA DE OUTROS:**

**52 - CONSULTA DE OUTROS:**

**53 - CONSULTA DE OUTROS:**

**54 - CONSULTA DE OUTROS:**

**55 - CONSULTA DE OUTROS:**

**56 - CONSULTA DE OUTROS:**

**57 - CONSULTA DE OUTROS:**

**58 - CONSULTA DE OUTROS:**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

**CONSULTA BÁSICA (PAB)**

**CONSULTA ESPECIALIZADA:**

**PROCEDIMENTO:**

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

**01 - ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGÊNCIA**

**02 - PRIMEIRA CONSULTA**

**03 - CONSULTA SUBSEQUENTE:**

**04 - ATENDIMENTO DE ROTINA:**

**05 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SINTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)**

**06 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA:**

**07 - PRÓXIMA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PRA OUTRA UNIDADE:**

**08 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA A UNIDADE:**

**09 - CONSULTA DE INVESTIGAÇÃO:**

**10 - CONSULTA DE INTERNAÇÃO:**

**11 - CONSULTA DE OUTROS:**

**12 - CONSULTA DE OUTROS:**

**13 - CONSULTA DE OUTROS:**

**14 - CONSULTA DE OUTROS:**

**15 - CONSULTA DE OUTROS:**

**16 - CONSULTA DE OUTROS:**

**17 - CONSULTA DE OUTROS:**

**18 - CONSULTA DE OUTROS:**

**19 - CONSULTA DE OUTROS:**

**20 - CONSULTA DE OUTROS:**

**21 - CONSULTA DE OUTROS:**

**22 - CONSULTA DE OUTROS:**

**23 - CONSULTA DE OUTROS:**

**24 - CONSULTA DE OUTROS:**

**25 - CONSULTA DE OUTROS:**

**26 - CONSULTA DE OUTROS:**

**27 - CONSULTA DE OUTROS:**

**28 - CONSULTA DE OUTROS:**

**29 - CONSULTA DE OUTROS:**

**30 - CONSULTA DE OUTROS:**

**31 - CONSULTA DE OUTROS:**

**32 - CONSULTA DE OUTROS:**

**33 - CONSULTA DE OUTROS:**

**34 - CONSULTA DE OUTROS:**

**35 - CONSULTA DE OUTROS:**

**36 - CONSULTA DE OUTROS:**

**37 - CONSULTA DE OUTROS:**

**38 - CONSULTA DE OUTROS:**

**39 - CONSULTA DE OUTROS:**

**40 - CONSULTA DE OUTROS:**

**41 - CONSULTA DE OUTROS:**

**42 - CONSULTA DE OUTROS:**

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Batista Pereira de Souza,  
RG nº 642.120-2610, data de expedição 16/01/91, Órgão SSP/ PB,

CPF nº 636.030.787-72, venho perante a este instrumento declarar que  
não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no  
endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Zézito Ribeiro
Número	30
Apto/ Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Manaus/Pará
Estado	Pará
CEP	
Telefone de Contato	(65) 3342-2704
e-mail	balbunecg@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante:

João Batista Pereira de Souza

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Batista Pereira da Souza, portador da carteira de identidade nº 647.720 de Janeiro e inscrito no CPF/MF sob o nº 636.270.787-72, residente e domiciliado na R. Zézito Ribeiro, 30, Centro, Manoelândia, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

João Batista Pereira da Souza

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Local e data



**Poder Judiciário da Paraíba  
7ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0823465-81.2018.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Como é cediço, em inúmeros feitos dessa natureza, a parte promovida não tem demonstrado qualquer intenção de fazer acordo em sessões de conciliação, o que só vem ocorrendo em Mutirões do DPVAT, razão por que deixo de designar a audiência conciliatória.

Cite-se, na forma legal.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

ALEX MUNIZ BARRETO

JUIZ DE DIREITO