



Número: **0817737-10.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/04/2017**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega
AUTOR	JUBERLANDO MARTINS DA SILVA
RÉU	MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73080 02	06/04/2017 16:39	Proc e Decl 4710	Procuração
73080 10	06/04/2017 16:39	Acostados - 4710-otimizado 1	Documento de Comprovação
73080 15	06/04/2017 16:39	Acostados - 4710-otimizado 2	Documento de Comprovação
10231 638	18/10/2017 14:30	Despacho	Despacho
19228 498	14/02/2019 16:31	Mandado	Mandado
20051 966	25/03/2019 22:57	Diligência	Diligência
20051 971	25/03/2019 22:57	apfre7737	Devolução de Mandado

 Nóbrega Advogados Associados	PB JOÃO PESSOA: Av. Cap. José Pessoa, 320 – Jaguaribe CEP 58015-170 TeleFax: (83) 3222-6610 RN PARNAMIRIM: Av. Mano Lacerda Montenegro, 2.835 sl. 11 - Nova Parnamirim CEP 59152-600 - Tel.: (84) 3208-9861 PE OLINDA: Av. José Carlos Lima Cavalcante, 3995 - sl. 23 - Casa Caada CEP 53030-260 - Tel.: (81) 3431-9643 E-mail: hallisonjc@hotmail.com
--	---

Procuração

Parte Outorgante	JUBERLANDO MARTINS DA SILVA , 32 anos, brasileiro, solteiro, pedreiro, RG 2863096 PB, CPF 048.729.744-09, com endereço na(o) Rua Nossa Senhora do Rosário, sn, Grotão, JOÃO PESSOA PB 58000-000.
-------------------------	---

Parte Outorgada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>HALLISON GONDIM DE OLIVEIRA NÓBREGA</u>, solteiro, inscrito na OAB/PB 16.753; RN 972-A; PE 1563-A; BA 39042; ➤ <u>MÁRIO VICENTE DA SILVA FILHO</u>, solteiro, inscrito na – OAB/PB 19.647 e ➤ <u>EDSON MORETE DOS SANTOS</u> – OAB/PB 12.619 e RN 701-A; <p>todos brasileiros e Advogados com Escritório Principal na Cidade de JOÃO PESSOA PB, na Av. Capitão José Pessoa, 320 – Jaguaribe - CEP 58015-170.</p>
------------------------	---

Pelo presente instrumento de PROCURAÇÃO, a retro Parte Outorgante nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados (PARTE OUTORGADA acima), conferindo-lhes os poderes da cláusula "ad judicia et extra", em qualquer instância ou Tribunal, para, em conjunto ou separadamente, defender interesses nas ações que propuser ou contra si forem propostas ou já em andamento, além de transigir, acordar, receber e dar quitação, celebrar acordos (inclusive *extras judiciais*), firmar e ratificar termos e compromissos, e praticar todos os demais atos em direito permitidos, por mais especiais que sejam, até substabelecer, com ou sem reservas de poderes, no todo ou em parte, podendo, ainda, receber Alvará Judicial de Pagamentos junto a quaisquer instituições públicas e/ou privadas (inclusive Estabelecimentos Bancários e/ou Financeiros e Seguradoras), passando recibo e dando quitação.

Contrato	<p>Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 25% (vinte e cinco por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de intensificação das despesas congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 § 4º da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juiz da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além dos honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.</p>
-----------------	---

JOÃO PESSOA PB, 3 de junho de 2016.

Juberlando Martins da Silva

Cad. 4710 - JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

D E C L A R A Ç Ã O

(não ajuizamento de ação DPVAT)

Parte Declarante

JUBERLANDO MARTINS DA SILVA, 32 anos, brasileiro, solteiro, pedreiro, RG 2863096 PB, CPF 048.729.744-09, com endereço na(s) Rua Nossa Senhora do Rosário, sn, Grotão, JOÃO PESSOA PB 58000-000.

Para que surta seus jurídicos e legais efeitos, a parte acima qualificada e abaixo assinado declara, para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, que não recebeu verbas referentes ao Seguro DPVAT que está sendo objeto do pedido da exordial, bem como não ajuizou ação em outra comarca visando recebimento do referido seguro contra outra seguradora ou em qualquer outro Estado da Federação. Declara, ainda, estar ciente das sanções administrativas, cíveis e criminais em caso falsa declaração.

JOÃO PESSOA PB, 3 de junho de 2016.

9 Juberlando Martins da Silva

Cad. 4710 - JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Parte Declarante

JUBERLANDO MARTINS DA SILVA, 32 anos, brasileiro, solteiro, pedreiro, RG 2863096 PB, CPF 048.729.744-09, com endereço na(o) Rua Nossa Senhora do Rosario, sn, Grotão, JOÃO PESSOA PB 58000-000.

A parte acima qualificada e abaixo assinado declara, nos termos da Lei 1.060/50, que é pobre na forma da lei, não dispondo de meios que possibilitem custear as despesas processuais e honorárias da ação a ser proposta.

Afirma, ainda, ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade.

Assina esta declaração para que surta os seus jurídicos e legais efeitos.

JOÃO PESSOA PB, 3 de junho de 2016.

Juberlando Martins da Silva

Cad. 4710 - JUBERLANDO MARTINS DA SILVA



JUBERLANDO MARTINS DA SILVA
RUAN DO ROSARIO SANTOS 13 A - MRC TAD
JOAO PESSOA / PB CEP 58000000 (AG 11)

Classe/Subcls RESIDENCIAL / BAIXARENDAMONOFÁSICO
Roteiro 10-2-467-170 Referência Dez/2014
Nº da Matrícula 00001151126 Emissão 13/12/2014

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1230, Km 25, Distrito Recôncavo, João Pessoa/PB CEP 56071-000
UF PJO 065 183/0001-40 Insc Est 16 016 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000723825
Código para Débito Automático: 00014713849

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Digitized by srujanika@gmail.com

Conta referente a

(número de consumidor): 5/1471364-8

Canal de contato

Rev 1/2014

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB é criada pela Lei
10.145/00 de 26 de abril de 2002

Apresentação

15/01/2015

CPF/CNPJ/RANI

	Cálculo de consumo			Consumo	Dias
Anterior	Atual	Constante			
Leitura	Leitura				

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 08/12/2014 PAGAS
CBR-34001

		Demonstrativo	Preço	Valor (R\$)
	Quantidade			
Descrição	30	0,12874	3,86	
Consumo ate 30kWh-ER	70	0,21726	15,20	
Consumo > 31 a 100kWh-ER	11	0,32609	3,59	

Canning, 101 a 2205-4M-BR
MONSTER 9 88888888
CB
GEOFIS
CENTRAL SERVER ALM MEXICO
ICM (Best Server 2014 & 2015) © 2014-2015

Histórico de Consumo (kWh)

Nov14	115
Oct14	116
Sep14	109
Aug14	138
Jul14	150
Jun14	124
May14	148
Apr14	191
Mar14	-738
Feb14	101
Jan14	26
Dec13	90

Média dos últimos 12 meses:

AGRICULTORES

TOTAL A PAGAR

RS 42.95

www.idealqualidade.com

	Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG.MENSAL	8,00	0,00	NOMINAL
DC.TRIESTRAL	10,00		
DCANUAL	24,12		
FIM.MENSAL	3,70	0,00	CONTRATADA
FIM.TRIESTRAL	7,52		LIMITA SUPERIOR
FIM.ANUAL	11,70		LIMITA SUPERIOR
DCDI	3,65	0,00	
DCD	12,22		

Discriminações	Valor (R\$)	%
Serviços de Distrito Energia/PB	9,00	21,41
Compras de Energia	11,58	26,62
Serviço de Transmissão	0,78	1,82
Encargos Sistêmicos	1,04	2,42
Impostos e Encargos	20,37	47,44
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	42,86	100,00

Fonte: elaboração do Sistema de Databus

ATENÇÃO

www.BrunaBenda.com.br desconto de R\$18,24

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Juberlando Martins da Silva
DATA DE NASCIMENTO	03/06/84
NOME DA MÃE	Maria Aparecida Martins da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	806125
DATA DO ATENDIMENTO	09/01/15
HORA DO ATENDIMENTO	18:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Politraumatismo
CID 10	T06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior(antebraço e mão) e inferior esquerdo, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX mão e pé esquerdos.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX :sem anormalidades.

TRATAMENTO:

1º atendimento

ALTA HOSPITALAR: 09/01/15
DATA DA EMISSÃO: 10/03/15

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

Orestes Lisboa
Ort

J. Paul



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (083) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 806125

RX

Identificação do paciente				
ID 830718	Nome JUBERLANDO MARTINS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/06/1984	Idade 30 anos 7 meses 6 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA APARECIDA MARTINS DA SILVA				Pai JUCELINO FERREIRA DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) VERONICA DE LIMA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 86293608	Fone Móvel 86293608	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2863096	Nº Cns		
Local de procedência JOSE AMERICO				Tipo BAIRRO
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
Endereço				
CEP 58079790	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Nossa Senhora da Paz		
Número 13A	Complemento NOSSA SENHORA DO ROSARIO	Bairro Grotão		
Admissão				
Data e Hora Prevista 09/01/2015 18:38:24	Número da pulseira 3120797	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
				CID
Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA				Tempo 04min 31seg

Imprimir

93/03/15

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:	<input type="text"/>	IDADE:	<input type="text"/>	DATA:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Trauma por corte com fogo letal
de dedo de um roçador mato
mato. Pode ser que o dedo tenha
quebrado devido ao impacto*

<input type="checkbox"/> Permeável	<input type="checkbox"/> Obstruída
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sem dificuldade	
<input type="checkbox"/> Com dificuldade	

EXAME PRIMARIO		CIRCULAÇÃO	
VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Permeável <input type="checkbox"/> Obstruída		COR DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica	
CERVICAL IMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria	
VENTILAÇÃO: <input type="checkbox"/> Traqueia na linha mediana <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		PULSO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado	
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade		AUSCUTA CARDIÁCA: <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA		RÍTIMO: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> APNEIA		BULHAS: <input type="checkbox"/> Normofonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente	
AUSCUTA PULMONAR:		SOPRO: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
1 - MURMÚRIO VESICULAR		BE OU BA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
HTD:	<input type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente	HTL:	<input type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente
2 - RUIDOS	<input type="checkbox"/> sim	HTD:	Roncos Sibilos Estertores
HTL:	Roncos Sibilos Estertores	HTI:	Roncos Sibilos Estertores
TR:	Imp.	SaO ₂ :	%

DÉFICIT NEUROLOGICO		MELHOR RESPOSTA VERBAL	
Pupilas:	<input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	<input type="checkbox"/> (diferença) mmJG
Escala de Glasgow:	<input type="checkbox"/> 10		

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obeedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:				Nenhuma	1

F(NG) CC 001 1



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Orestes Lisboa
Ort Alvaro

GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (083) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 806125

RX

Identificação do paciente

ID 830718	Nome JUBERLANDO MARTINS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/06/1984	Idade 30 anos 7 meses 6 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA APARECIDA MARTINS DA SILVA				Pai JUCELINO FERREIRA DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) VERONICA DE LIMA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 86293608	Fone Móvel 86293608	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2863096	Nº Cns		
Local de procedência JOSE AMERICO				Tipo BAIRRO
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
Endereço				

CEP 58079790	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Nossa Senhora da Paz
Número 13A	Complemento NOSSA SENHORA DO ROSARIO	Bairro Grotão

Admissão

Data e Hora Prevista 09/01/2015 18:38:24	Número da pulseira 3120797	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	

Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RESIDENCIA
------------------------------------	----------------------------------

Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
--	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

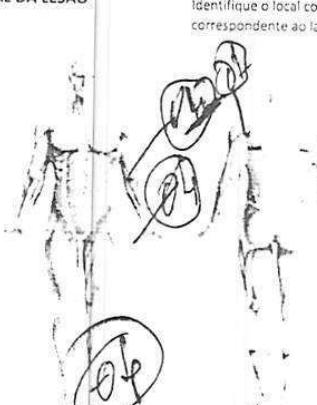
CID

Atendido por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Tempo
04min 31seg

Imprimir

93/03/15

EXAME SECUNDÁRIO		
ALERGIA:	() Não	() Sim: _____
MEDICAMENTOS:	() Não	() Sim: _____
IMUNIZAÇÃO	() Não	() Sim: _____
PATOLOGIA	() Não	() Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não	() Sim: _____
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado 	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efirsema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corte Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Poresia 32 Parestesia 33 Quimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36
OBS.:		
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau
EXAMES SOLICITADOS	<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		
1	<i>Conduzido ao ORTOPEDICO</i>	CÓDIGO
2		<i>Assinatura e Carimbo</i>
3		<i>03/04/2015</i>
4	<i>Braço</i>	<i>03/04/2015</i>
5		
6		
7		
8		
9		
10		
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO		
Solicito parecer da <i>Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega</i> às: _____ do dia: _____ Solicito parecer da _____ às: _____ do dia: _____		
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) _____ <input type="checkbox"/> Internado (setor) _____	
DATA		
DA		
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar () Decisão médica () À pedido () À revalia () Desistência <input type="checkbox"/> Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO	
HORAS:		
<i>Dr. Carlos Fabrício de S. Santos</i> ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM 4676 / SBOT 7970		ASSIN.
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL		
<i>03/04/2015</i>		

F(NG).CC.001-1

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0035815 DROG MICHELLE IV 28/03/2015
CAIXA
17:52:38 (Horário de Brasília)
*****1049

Saldo N. 93020001-1915

AGENCIA : 1033 - CRUZ DAS ARMAS, PB
CONTA : 013 00014258-6
CLIENTE : JUBERLANDO MARTINS DA SIL

SALDO ATE A DATA DE:	28/03/2015
DISPONIVEL	1.079,61
BLOQUEADO	0,00
TOTAL	1.079,61

Para informações, entre em contato com
o Atendimento ao Cliente, tendo sempre
em mãos o número de seu cartão.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lampadas.

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT															
RN N° 011263835105 - BILHETE DE SEGURO DPVAT															
2014															
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT COM AS MELHORES INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvateseguradolofransito.com.br SAC DPVAT 0222 12044</p>															
<table border="1"> <tr> <td>EXERCÍCIO 2014</td> <td>DATA EMISSÃO 18/12/2014</td> </tr> <tr> <td>CPF / CNPJ 797.874.604-68</td> <td>PLACA MZH0698</td> </tr> <tr> <td>VEÍCULO RENAVAM 007037421671</td> <td>MARCA / MODELO HONDA / CB500</td> </tr> <tr> <td>ANO FAB. 1998</td> <td>Nº CHASSI 9C2PCC520WTA0296</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> PRÉMIO TARIFÁRIO <input type="checkbox"/> FMS (R\$) _____ <input type="checkbox"/> DEMAR (R\$) _____ <input type="checkbox"/> CUSTO DO SEGURO (R\$) _____ <input type="checkbox"/> TOTAL DESPESA PELO SEGURO (R\$) _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> SEGURADORA LÍDER " DPVAT CNPJ 09.240.000/0001-98 www.seguradovelidest.com.br </td> </tr> </table>		EXERCÍCIO 2014	DATA EMISSÃO 18/12/2014	CPF / CNPJ 797.874.604-68	PLACA MZH0698	VEÍCULO RENAVAM 007037421671	MARCA / MODELO HONDA / CB500	ANO FAB. 1998	Nº CHASSI 9C2PCC520WTA0296	PRÉMIO TARIFÁRIO <input type="checkbox"/> FMS (R\$) _____ <input type="checkbox"/> DEMAR (R\$) _____ <input type="checkbox"/> CUSTO DO SEGURO (R\$) _____ <input type="checkbox"/> TOTAL DESPESA PELO SEGURO (R\$) _____		PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		SEGURADORA LÍDER " DPVAT CNPJ 09.240.000/0001-98 www.seguradovelidest.com.br	
EXERCÍCIO 2014	DATA EMISSÃO 18/12/2014														
CPF / CNPJ 797.874.604-68	PLACA MZH0698														
VEÍCULO RENAVAM 007037421671	MARCA / MODELO HONDA / CB500														
ANO FAB. 1998	Nº CHASSI 9C2PCC520WTA0296														
PRÉMIO TARIFÁRIO <input type="checkbox"/> FMS (R\$) _____ <input type="checkbox"/> DEMAR (R\$) _____ <input type="checkbox"/> CUSTO DO SEGURO (R\$) _____ <input type="checkbox"/> TOTAL DESPESA PELO SEGURO (R\$) _____															
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA															
SEGURADORA LÍDER " DPVAT CNPJ 09.240.000/0001-98 www.seguradovelidest.com.br															

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega, Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=17040615522460800000007165620>
Número do documento: 17040615522460800000007165620



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
14^a DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 508/2015, na mesma continha o seguinte teor: **dezesseis dias do mês de março do ano de dois mil e quinze**, nesta cidade de Santa Rita e na 14^a Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Maria Solidade de Sousa, às 09:00 horas, compareceu o Sr. Juberlando Martins da Silva, brasileira, natural de João Pessoa/PB, portador da cédula de identidade nº 2 863 096 SEDS/PB, solteiro, com 30 anos de idade, filho de Juscelino Ferreira da Silva e de Maria Aparecida Martins da Silva, residente à (no) rua Nossa Senhora do Rosário s/n, bairro do Grotão, João Pessoa/PB, o qual notificou que, na tarde do dia 09 de janeiro do ano fluente, por volta das 16:30 horas aproximadamente, quando conduzia a moto Honda CB 500 de placa MZH 0698/RN na avenida principal do conjunto José Américo, já próximo a ladeira. Foi trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, vindo a sofrer uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena com várias lesões pelo corpo, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 18 de março de 2015.

Juberlando Martins da Silva



**Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0817737-10.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro a justiça gratuita.

Recebo a inicial vez que presentes os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF).

Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como carta/mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 18 de outubro de 2017.

Juiz(a) de Direito

Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0817737-10.2017.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
AUTOR: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA
RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 14 de fevereiro de 2019

De ordem, FAGNER VIEIRA ALVES
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpj.pj.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 1710181429549480000010004038

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado. Dou fé.

JOÃO PESSOA

25 de março de 2019

KATTIENE CORREIA VIRGINIO

Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0817737-10.2017.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 14 de fevereiro de 2019

De ordem, FAGNER VIEIRA ALVES
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 17101814295494800000010004038

Assinado eletronicamente por: **FAGNER VIEIRA ALVES**
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam
ID do documento: 19228498


19021416312995800000018710773

MAPFRE SEGUROS
Lucas S. Espínoza
Assistente Comercial
22/03/2019