



Número: **0821303-98.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

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

Última distribuição : **05/05/2016**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA (AUTOR)	DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36778 26	05/05/2016 09:38	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
36778 36	05/05/2016 09:38	<u>INICIAL</u>	Memorial
36778 38	05/05/2016 09:38	<u>PROCURAÇÃO E SUBSTABELECIMENTO</u>	Procuração
36778 40	05/05/2016 09:38	<u>DOCS PESSOAIS</u>	Documento de Identificação
36778 42	05/05/2016 09:38	<u>DECLARAÇÃO</u>	Outros Documentos
36778 47	05/05/2016 09:38	<u>DOCS DIVERSOS</u>	Outros Documentos
36778 75	05/05/2016 09:38	<u>Petição</u>	Petição
36778 99	05/05/2016 09:38	<u>INICIAL</u>	Memorial
36779 00	05/05/2016 09:38	<u>PROCURAÇÃO E SUBSTABELECIMENTO</u>	Procuração
36779 01	05/05/2016 09:38	<u>DOCS PESSOAIS</u>	Documento de Identificação
36779 03	05/05/2016 09:38	<u>DECLARAÇÃO</u>	Outros Documentos
36779 05	05/05/2016 09:38	<u>DOCS DIVERSOS</u>	Outros Documentos
36779 81	05/05/2016 09:38	<u>Petição</u>	Petição
36779 84	05/05/2016 09:38	<u>INICIAL</u>	Memorial
36779 85	05/05/2016 09:38	<u>PROCURAÇÃO E SUBSTABELECIMENTO</u>	Procuração
36779 88	05/05/2016 09:38	<u>DOCS PESSOAIS</u>	Documento de Identificação
36779 89	05/05/2016 09:38	<u>DECLARAÇÃO</u>	Outros Documentos
36779 91	05/05/2016 09:38	<u>DOCS DIVERSOS</u>	Outros Documentos
38402 73	19/05/2016 16:39	<u>Despacho</u>	Despacho

70406 97	20/03/2017 17:27	<u>Certidão</u>	Certidão
78143 72	09/06/2017 11:08	<u>Despacho</u>	Despacho

ARQUIVOS EM FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:28:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509280050400000003626009>
Número do documento: 16050509280050400000003626009

Num. 3677826 - Pág. 1

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOAO PESSOA – ESTADO DA PARAÍBA –PB.**

MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA, brasileira, casada, profissional autônoma e do lar, portadora do documento de identificação RG/SSP/PB-2 742 004 e com inscrição no CPF 045.344.064-95 filiação: Antonio Moizes Filho e Eliana Nogueira Ferreira, residente e domiciliada na Rua Severina Leite Almeida nº. 19, Mutirão, Sousa – PB, CEP 58.808-808, vem por meio de seu advogado, infra-assinado, propor

**AÇÃO PELO RITO ORDINÁRIO DE
COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO
DE DANOS PESSOAIS DPVAT**

em face de **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na Rua João Bernardo de Albuquerque nº. 62 sala 105, Tambiá, João Pessoa - PB. CEP 58.020-565, pelas razões de fato e de direito que passam a expor:

DAS PRELIMINARES

I - DA GRATUIDADE DE JUSTICA

Inicialmente, a parte autora solicita a V.Ex^a se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma do art. 4º, da Lei n.º 1.060/50, segundo redação ministrada pela Lei n.º 7.510/86, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência.

*Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787*



II- DA MUDANÇA DO RITO SUMÁRIO PARA O RITO ORDINÁRIO:

Como é sabido, a matéria em discussão em razão do valor da causa, levava à adoção do rito SUMÁRIO.

Por outro lado, a prática nos processos de cobrança de seguro DPVAT, conduz à conclusão da inutilidade da referida audiência de conciliação do rito Sumário, haja vista que a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e o conglomerado de Seguradoras que fazem parte do consórcio, não conciliam nesta fase processual, principalmente em razão da necessidade da produção da prova pericial médica.

Sensível a esta realidade, muitos Magistrados, ao despachar a inicial, convoram o rito para ordinário, exatamente para atender ao princípio da celeridade processual, bem como para descongestionar a pauta de audiência do Juízo. Ainda, dada necessidade de prova complexa, haverá possibilidade de dilação probatória.

Muito embora a parte autora tenha sempre o interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou, o que tornou inócuas as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º do artigo 334 do novo CPC, a parte autora declara seu desinteresse na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 10 de março de 2015, O QUE LHE CAUSOU POLITRAUMATISMOS, LESÃO E DOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO M.S.E. PARTE PROXIMAL, LESÃO EM PARTE ESQUERDA DA VIRILHA, ACARRETANDO-LHE SEQUELAS PERMANENTES, como demonstra a documentação médica em anexo.

Registre-se que a parte autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, obtendo pagamento parcial, em 23.07.2015, no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), restando à parte autora o direito ao recebimento da diferença no valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

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

DO DIREITO

I. DA POSSIBILIDADE DO PEDIDO DA DIFERENÇA PAGA PELO SEGURO DPVAT

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo INVALIDEZ PERMANENTE, o valor da indenização deve ser de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



de acordo com o real grau de invalidez da vítima, que deverá ser aferido através de perícia médica, que ora requer a parte autora.

Dessa forma, restando comprovado o acidente de transito e as seqüelas oriundas deste, faz jus a parte autora ao recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$ 13.500,00.

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

A fim de garantir o princípio da celeridade processual, vale-nos ressaltar, de antemão, que a Lei nº 6.194 NÃO atribuiu ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) o caráter de documento indispensável à propositura da ação de cobrança do seguro DPVAT nos casos de invalidez. Segundo o normatizado em seu no 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.

A toda prova, tal verificação pode ser feita por perícia médica a ser realizada na fase de instrução. Na verdade, os documentos indispensáveis de que trata o art. 283 do Código de Processo Civil devem ser entendidos apenas como aqueles necessários para que a ação possa validamente ser proposta, sob o aspecto formal, não se confundindo a com a atividade probatória, voltada a prova dos fatos alegados, que é atinente ao aspecto material.

DO PEDIDO

Face ao exposto, a parte autora requer o que segue, em apelo para a entrega da prestação Jurisdicional da seguinte forma:

- a) Seja concedido as benesses da Justiça Gratuita.
- b) Seja recebido o presente pelo RITO ORDINÁRIO.
- c) Determine a citação da seguradora-ré, para, querendo, responder aos termos da presente, sob pena de revelia e confissão, e ad cautelam, caso não recebido pelo rito requerido, na forma do artigo 334 do parágrafo 4º, II e parágrafo 5º do NCPC, a parte autora, declara seu desinteresse na designação de audiência, com a finalidade de conciliação ou mediação, e que, após análise dos requisitos e pressupostos processuais seja marcada a perícia médica, visando os princípios da celeridade processual e duração razoável do processo;
- d) Seja deferido o pedido de PROVA PERICIAL MÉDICA.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



e) seja a ré CONDENADA ao a pagar o valor de até R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), corrigida monetariamente e acrescida de juros de mora de 1% ao mês a partir da data do evento danoso.

f) seja a ré, ainda, CONDENADA ao pagamento das custas processuais e juros, onde couber, bem como em honorários advocatícios em valor não inferior a 20% sobre o valor da condenação.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

DAS PROVAS

Requer a parte autora, **notadamente, a PROVA PERICIAL MÉDICA, imprescindível ao desfecho da lide**, e ainda todas demais em direito admitidas, em especial, prova documental superveniente, se necessário for.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim, o autor informa que receberá todas as intimações referentes a este processo no endereço: Rua Miguel Couto nº. 251, Edifício Vina Del Mar 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa - PB, e, requer ainda, que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome do advogado Dr. Domingos Sávio Bregalda Gussen, OAB/RJ 127.405, sob pena de nulidade, esperando deferimento.

Pede Deferimento.
João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.

Domingos Sávio Bregalda Gussen
OAB/RJ 127.405

Phillip Erbe Pimentel
OAB/RJ165.795-E

Quesitos da parte autora:

- a) A parte autora sofreu algum(s) tipo(s) de fratura?
- b) Em caso positivo, queira informar se desta(s) gerou debilidade permanente?
- c) Apresenta limitação dos movimentos do(s) membro(s) fraturado(s)?
- d) Apresenta limitação funcional do(s) membro(s) afetado(s)?
- e) Sofreu debilidade permanente? Sofreu deformidade permanente?
- f) A parte autora sofreu incapacidade para o trabalho?
- g) Queira o i. expert acrescentar o que entender devido.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante(s):

MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA

brasileiro(a),
estado civil:CASADA, profissão:,,
documento de identificação:2442 004,
CPF:045.344.064-95, Endereço:RUA SENER NO
Lote de Almada - 19,
Cidade:Sousa, Estado PB,
CEP:

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/RJ nº 57069 com escritório profissional na Avenida Miguel Couto 251, sala 605, Centro, CEP: 58.010-770, João Pessoa - PB.

Poderes:

Os da cláusula ***ad judicia e et extra***, inclusive com os especiais poderes para patrocinar, defender, em todos os seus termos, atos e incidentes, os direitos e interesses do (a) outorgante, em qualquer processo, ação ou medida em que o mesmo seja parte autora, ré, oponente ou assistente. Conferindo para tanto, o poder geral para o foro, conforme dispõe o artigo 28 do CPC, podendo ainda requerer, alegar, assinar, quando mister, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, receber e dar quitação em juízo ou fora dele, firmar compromisso, levantar importância em juízo ou fora dele, endossar cheques, recorrer de despachos e sentença, arrolar e inquirir testemunhas, juntar documentos, apelar para instâncias superiores, fazer acordos, enfim, praticar todos os demais atos necessários e em direito admissíveis, inclusive o de substabelecer, **especialmente para atuar em AÇÃO DE COBRANÇA em virtude do acidente de trânsito experimentado pelo (a) outorgante e em razão das lesões por ele (a) sofridas.**

_____, 08 de Janeiro de 2016

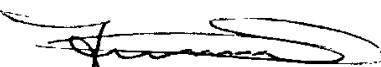
Maria do Socorro Ferreira Silva
OUTORGANTE



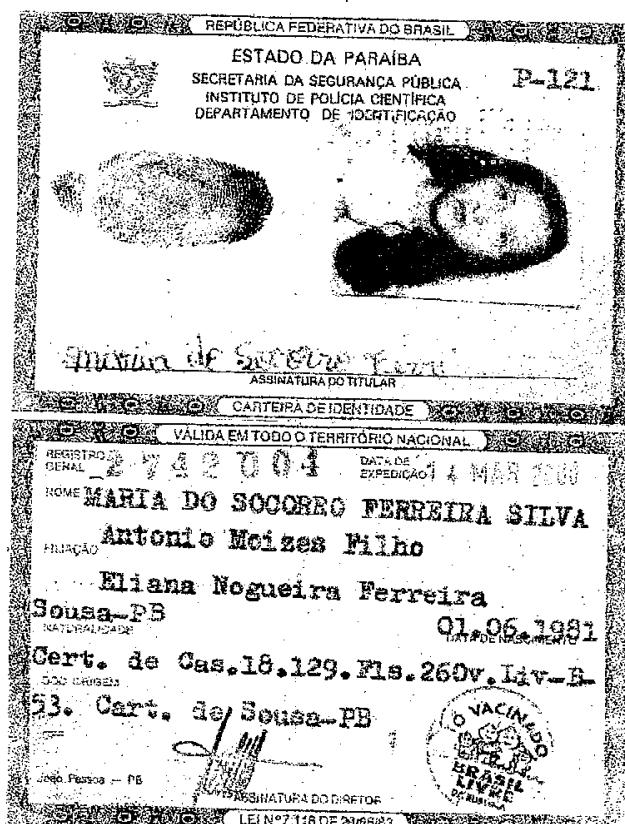
S U B S T A B E L E C I M E N T O

EU, DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o nº. 57.069, com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257 sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20.040-009, MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA, ao advogado DR. DOMINGOS SÁVIO BREGALDA GUSSEN OAB/RJ 127.405 com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257, sala 1.806, Centro – Rio de Janeiro – RJ, para que o substabelecimento produza seus devidos e legais efeitos.

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.


**Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57.069**





Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:28:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509273075600000003626023>
Número do documento: 16050509273075600000003626023

Num. 3677840 - Pág. 1

25/04/2016

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **045.344.064-95**

Nome da Pessoa Física: **MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA**

Data de Nascimento: **01/06/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/12/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:58:56** do dia **25/04/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E19B.B0B9.BEC5.F849**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautech.asp>)



MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA
RUA SEVERINA LEITE ALMEIDA, 19 - NUTRIÇÃO
Sousa/PB CEP: 58200-000 (AG 177)

Classe/Serviço: RESIDENCIAL /BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roboro: 15 - 177 - 270 - 4480 Referência: Fev/2015
Nº medidor: 00001185469 Emissão: 23/03/2015

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-980
CNPJ 01.025.193/0001-40 Ins. Est. 16.016.233.0
Nota Fiscal/Ordem de Energia Elétrica N°001.059.672
Código para Débito Automático: 00000003976

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

07hs-19hs-24hs s/afastamento da conta dia 6020.

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/530397-9**

Fev/2015

Canal de contato

Apresentação

Prazo Cliente
Para que a Energisa atenda seu pedido com mais rapidez e qualidade, mantenha seu cadastro atualizado. Com endereço, telefone e e-mail corretos fica muito fácil encaminhar sua dúvida/consumidor e enviar informações importantes. Comunique seus dados pelo Call Center nas agências, no site e nas redes sociais.
- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.408, de 26 de abril de 2002

23/02/2015
Data prevista da próxima leitura

25/03/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

4634408495

Faturas em atraso	Cálculo de consumo					
	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
21/01/15 3983	23/02/15 4030	1		37	33	
DEMONSTRATIVO						
Consumo ate 20/01/2015	Quantidade		Preço	Valor (R\$)		
Consumo 21 a 25/01/2015	7	0,12672	3,60			
A21 a 25/01/2015		0,21726	1,52			
				5,12		

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS			
COPAS			
JUROS DE MORA 01/2015			0,04
MULTA 01/2015			0,22
ICMS (GENTO)			2,10
			2,26

Histórico de Consumo (kWh)

		OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	ATUALIZAÇÃO MONETARIA DIA 01/02/2015	
Janeiro	80			
Dez/14	35			
Nov/14	65			
Out/14	51			
Sep/14	51			
Agosto/14	53			
Julho/14	57			
Junho/14	75			
Maio/14	87			
Abril/14	56			
Março/14	83			
Fevereiro/14	94			
			0,01	

VENCIMENTO

02/03/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 6,52

Indicadores de Qualidade

Límites de ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DISENVOL	5,65	1,03	Exigido de Energia/FD	2,04	35,00
DETERMINACIONAL	16,51		Companhia de Gás	0,26	45,25
ESCALA/US	10,52		Serviço de Transmissão	0,26	3,47
FISSINAL	5,10	5,12	Entrega Bônus	0,27	1,15
PT TRANSMISSIONAL	8,23		Impostos Diretos e Encargos	0,75	11,50
PT FINANCIAL	18,47		Outros Serviços	0,01	0,15
DIFER	5,85	1,08	Total	6,52	100,00
DICRI	12,22				

Vale do encargo de licença de Sistema de Distribuição

(Art 12/2014) R\$ 0,46

ATENÇÃO

- Sua unidade foi tarifada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 0,97

- Leitura confirmada

VENCIMENTO

02/03/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 6,52

Roboro: 15 - 177 - 270 - 4480 Matrícula: 530397-2015-02-1

83610000000-6 08520054000-6 05303972015-5 02101770019-2



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:28:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509273075600000003626023
Número do documento: 16050509273075600000003626023

Num. 3677840 - Pág. 3

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Maria do Socorro Ferreira Silva

brasileiro(a), estado
civil: CASADA, profissão: _____,
documento de identificação: 1742004,
CPF: 045 344 064-95, Endereço: Rua
Senhor Nossa Senhora - 19,
Cidade: GONÇA, Estado PB,
CEP: _____

DECLARA, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA** em **AÇÃO DE COBRANÇA** a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pelo(a) declarante.

Não serão cobrados honorários advocatícios nesta oportunidade, ressalvando-se o direito em caso de mudança na situação econômica do declarante.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada.

_____, 08 de Setembro de 2016

Maria do Socorro Ferreira Silva

DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PATOS/PB
19^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL – SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 178/2015

Versando Sobre: Acidente de Transito com Vítima Lesionada.

Local do Ocorrido: BR 230, Entrada do Bairro Mutirão, Sousa-PB.

Data do Fato: 10.03.2015, Por volta das 19:20, horas.

Data em que a Delegacia tomou conhecimento: 02/05/2015, às 08:h,15:min.

O(A) Comunicante: ELANIA MOISES NOGUEIRA RIBEIRO, brasileira, casada, do lar, com 30 anos de idade, filha de Antonio Moizes Filho e de Eliana Nogueira Moises, portador do RG nº 3265450-SSP/PB, CPF nº 069304894-84, residente na Rua Francisco Antonio de Sousa 27, Bairro Zu Silva,Sousa-PB.

VITIMA: A COMUNICANTE e MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA, brasileira, casada, do lar, com 34 anos de idade, filha de Antonio Moizes Filho e de Eliana Nogueira Moises, portadora do RG 2742004-SSP/PB, CPF nº 045344064-95, residente na Rua Severino Leite de Almeida nº 19, Bairro Mutirão, Sousa-PB.

HISTÓRICO: Que na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de transito, quando saiu do Centro da Cidade de Sousa, com destino ao Bairro Mutirão, na garupa da MOTO HONDA/BIZ 125 ES, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2011, PLACA OEY2337/PB, CHASSI 9C2JC4820BR084517, licenciada em nome de Jose Ires Silva e pilotada por sua irmã Maria do Socorro Ferreira da Silva e ao chegar na entrada do Bairro Mutirão, ao dar uma curva para entrar no Bairro, uma outra moto que vinha em sentido contrario, veio a colidir de frente com a moto, a qual ambas vinha; Que no impacto entre os veiculos, vieram a cair, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorridas para o Hospital Regional de Sousa, onde foi atendida pelos medicos de plantao.

O Comunicante esta cientificada das imputações culminadas nos Artigos 299 e 340 do CPB - Falso Testemunho e Comunicação Falsa de Crime.

Autoridade Policial: Francisco Claudio Beserra.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante: Elania Moisés Nogueira Ribeiro

OSMARINO SOUTO MUNIZ
ENCARREGADO
MAT 003780-1





Declaração

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente **Maria da Socorro Ferreira Silva**, portador do CPF: **045.344.064-95**, deu entrada nesse hospital no dia **10 de março de 2015**, onde ocorreu erro de escrita na ficha ambulatorial.

Por ser expresso da verdade, firmamos a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Sousa 02 de junho de 2015



Apoliana Ferreira de Araujo
Diretora Geral

CNPJ: 08.778.268/0027-08 FONES: (83)3522.2774 - 3522-2776
R. José Facundo de Lira, S/N CEP 58802-180 - Sousa - PB



COBERTURA invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Investprev Seguradora S/A

BENEFICIÁRIO MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA

CPF/CNPJ: 04534406495

Posição em 11-11-2015 18:19:09

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
23/07/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Acessibilidade

A+ A-

[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:28:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509273756300000003626030>
Número do documento: 16050509273756300000003626030

Num. 3677847 - Pág. 4

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fraude é crime Denuncie aqui](#)
- [SAC 0800 0221204](#)
- [Auto Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

[Início do conteúdo](#)

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150543353 - Resultado de consulta por beneficiário



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:28:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509273756300000003626030>
Número do documento: 16050509273756300000003626030

Num. 3677847 - Pág. 5

arquivos em formato pdf



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:32:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509323532700000003626058>
Número do documento: 16050509323532700000003626058

Num. 3677875 - Pág. 1

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOAO PESSOA – ESTADO DA PARAÍBA –PB.**

MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA, brasileira, casada, profissional autônoma e do lar, portadora do documento de identificação RG/SSP/PB-2 742 004 e com inscrição no CPF 045.344.064-95 filiação: Antonio Moizes Filho e Eliana Nogueira Ferreira, residente e domiciliada na Rua Severina Leite Almeida nº. 19, Mutirão, Sousa – PB, CEP 58.808-808, vem por meio de seu advogado, infra-assinado, propor

**AÇÃO PELO RITO ORDINÁRIO DE
COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO
DE DANOS PESSOAIS DPVAT**

em face de **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na Rua João Bernardo de Albuquerque nº. 62 sala 105, Tambiá, João Pessoa - PB. CEP 58.020-565, pelas razões de fato e de direito que passam a expor:

DAS PRELIMINARES

I - DA GRATUIDADE DE JUSTICA

Inicialmente, a parte autora solicita a V.Ex^a se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma do art. 4º, da Lei n.º 1.060/50, segundo redação ministrada pela Lei n.º 7.510/86, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência.

*Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787*



II- DA MUDANÇA DO RITO SUMÁRIO PARA O RITO ORDINÁRIO:

Como é sabido, a matéria em discussão em razão do valor da causa, levava à adoção do rito SUMÁRIO.

Por outro lado, a prática nos processos de cobrança de seguro DPVAT, conduz à conclusão da inutilidade da referida audiência de conciliação do rito Sumário, haja vista que a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e o conglomerado de Seguradoras que fazem parte do consórcio, não conciliam nesta fase processual, principalmente em razão da necessidade da produção da prova pericial médica.

Sensível a esta realidade, muitos Magistrados, ao despachar a inicial, convoram o rito para ordinário, exatamente para atender ao princípio da celeridade processual, bem como para descongestionar a pauta de audiência do Juízo. Ainda, dada necessidade de prova complexa, haverá possibilidade de dilação probatória.

Muito embora a parte autora tenha sempre o interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou, o que tornou inócuas as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º do artigo 334 do novo CPC, a parte autora declara seu desinteresse na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 10 de março de 2015, O QUE LHE CAUSOU POLITRAUMATISMOS, LESÃO E DOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO M.S.E. PARTE PROXIMAL, LESÃO EM PARTE ESQUERDA DA VIRILHA, ACARRETANDO-LHE SEQUELAS PERMANENTES, como demonstra a documentação médica em anexo.

Registre-se que a parte autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, obtendo pagamento parcial, em 23.07.2015, no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), restando à parte autora o direito ao recebimento da diferença no valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

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

DO DIREITO

I. DA POSSIBILIDADE DO PEDIDO DA DIFERENÇA PAGA PELO SEGURO DPVAT

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo INVALIDEZ PERMANENTE, o valor da indenização deve ser de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



de acordo com o real grau de invalidez da vítima, que deverá ser aferido através de perícia médica, que ora requer a parte autora.

Dessa forma, restando comprovado o acidente de transito e as seqüelas oriundas deste, faz jus a parte autora ao recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$ 13.500,00.

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

A fim de garantir o princípio da celeridade processual, vale-nos ressaltar, de antemão, que a Lei nº 6.194 NÃO atribuiu ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) o caráter de documento indispensável à propositura da ação de cobrança do seguro DPVAT nos casos de invalidez. Segundo o normatizado em seu no 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.

A toda prova, tal verificação pode ser feita por perícia médica a ser realizada na fase de instrução. Na verdade, os documentos indispensáveis de que trata o art. 283 do Código de Processo Civil devem ser entendidos apenas como aqueles necessários para que a ação possa validamente ser proposta, sob o aspecto formal, não se confundindo a com a atividade probatória, voltada a prova dos fatos alegados, que é atinente ao aspecto material.

DO PEDIDO

Face ao exposto, a parte autora requer o que segue, em apelo para a entrega da prestação Jurisdicional da seguinte forma:

- a) Seja concedido as benesses da Justiça Gratuita.
- b) Seja recebido o presente pelo RITO ORDINÁRIO.
- c) Determine a citação da seguradora-ré, para, querendo, responder aos termos da presente, sob pena de revelia e confissão, e ad cautelam, caso não recebido pelo rito requerido, na forma do artigo 334 do parágrafo 4º, II e parágrafo 5º do NCPC, a parte autora, declara seu desinteresse na designação de audiência, com a finalidade de conciliação ou mediação, e que, após análise dos requisitos e pressupostos processuais seja marcada a perícia médica, visando os princípios da celeridade processual e duração razoável do processo;
- d) Seja deferido o pedido de PROVA PERICIAL MÉDICA.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



e) seja a ré CONDENADA ao a pagar o valor de até R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), corrigida monetariamente e acrescida de juros de mora de 1% ao mês a partir da data do evento danoso.

f) seja a ré, ainda, CONDENADA ao pagamento das custas processuais e juros, onde couber, bem como em honorários advocatícios em valor não inferior a 20% sobre o valor da condenação.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

DAS PROVAS

Requer a parte autora, **notadamente, a PROVA PERICIAL MÉDICA, imprescindível ao desfecho da lide**, e ainda todas demais em direito admitidas, em especial, prova documental superveniente, se necessário for.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim, o autor informa que receberá todas as intimações referentes a este processo no endereço: Rua Miguel Couto nº. 251, Edifício Vina Del Mar 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa - PB, e, requer ainda, que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome do advogado Dr. Domingos Sávio Bregalda Gussen, OAB/RJ 127.405, sob pena de nulidade, esperando deferimento.

Pede Deferimento.
João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.

Domingos Sávio Bregalda Gussen
OAB/RJ 127.405

Phillip Erbe Pimentel
OAB/RJ165.795-E

Quesitos da parte autora:

- a) A parte autora sofreu algum(s) tipo(s) de fratura?
- b) Em caso positivo, queira informar se desta(s) gerou debilidade permanente?
- c) Apresenta limitação dos movimentos do(s) membro(s) fraturado(s)?
- d) Apresenta limitação funcional do(s) membro(s) afetado(s)?
- e) Sofreu debilidade permanente? Sofreu deformidade permanente?
- f) A parte autora sofreu incapacidade para o trabalho?
- g) Queira o i. expert acrescentar o que entender devido.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante(s):

Maria do Socorro Ferreira Silveira

brasileiro(a),
estado civil:CASADA, profissão:SECRETÁRIA,
documento de identificação:2442 004,
CPF:045.344.064-95, Endereço:RUA SENER NO
Lote de Almada - 19,
Cidade:Sousa, Estado:PB,
CEP:58.000-000

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/RJ nº 57069 com escritório profissional na Avenida Miguel Couto 251, sala 605, Centro, CEP: 58.010-770, João Pessoa - PB.

Poderes:

Os da cláusula ***ad judicia e et extra***, inclusive com os especiais poderes para patrocinar, defender, em todos os seus termos, atos e incidentes, os direitos e interesses do (a) outorgante, em qualquer processo, ação ou medida em que o mesmo seja parte autora, ré, oponente ou assistente. Conferindo para tanto, o poder geral para o foro, conforme dispõe o artigo 28 do CPC, podendo ainda requerer, alegar, assinar, quando mister, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, receber e dar quitação em juízo ou fora dele, firmar compromisso, levantar importância em juízo ou fora dele, endossar cheques, recorrer de despachos e sentença, arrolar e inquirir testemunhas, juntar documentos, apelar para instâncias superiores, fazer acordos, enfim, praticar todos os demais atos necessários e em direito admissíveis, inclusive o de substabelecer, **especialmente para atuar em AÇÃO DE COBRANÇA em virtude do acidente de trânsito experimentado pelo (a) outorgante e em razão das lesões por ele (a) sofridas.**

_____, 08 de Janeiro de 2016

Maria do Socorro Ferreira Silveira
OUTORGANTE



S U B S T A B E L E C I M E N T O

EU, DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o nº. 57.069, com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257 sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20.040-009, MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA, ao advogado DR. DOMINGOS SÁVIO BREGALDA GUSSEN OAB/RJ 127.405 com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257, sala 1.806, Centro – Rio de Janeiro – RJ, para que o substabelecimento produza seus devidos e legais efeitos.

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.


**Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57.069**





25/04/2016

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **045.344.064-95**

Nome da Pessoa Física: **MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA**

Data de Nascimento: **01/06/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/12/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:58:56** do dia **25/04/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E19B.B0B9.BEC5.F849**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautech.asp>)



MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA
RUA SEVERINA LEITE ALMEIDA, 19 - RUTIRAO
Sousa/PB CEP: 58200-000 (AG 177)

Classe/Serviço: RESIDENCIAL /BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roboro: 15 - 177 - 270 - 4480 Referência: Fev/2015
Nº medidor: 00001185469 Emissão: 23/03/2015

ENERGISA PARAIBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-980
CNPJ 09.125.193/0001-40 Ins. Est. 16.016.233.0
Nota Fiscal/Ordem de Energia Elétrica N°001.059.672
Código para Débito Automático: 00009303976

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

07hs-19hs-24hs s/afd. exceto dia 08/03.

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/530397-9**

Fev/2015

Canal de contato

Apresentação

Prazo Cliente
Para que a Energisa atenda seu pedido com mais rapidez e qualidade, mantenha seu cadastro atualizado. Com endereço, telefone e e-mail corretos fica muito fácil encaminhar sua dúvida/consumidor e enviar informações importantes. Comunique seus dados pelo Call Center nas agências, no site e nas redes sociais.
- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.408, de 26 de abril de 2002.

23/02/2015
Data prevista da próxima leitura

25/03/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

4634408495

Faturas em atraso	Cálculo de consumo					
	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
21/01/15 3983	23/02/15 4030	1		37	33	
DEMONSTRATIVO						
Descrição	Quantidade		Preço	Valor (R\$)		
Consumo ate 20/01/2015	20	0,12672	3,80			
Consumo 21 a 25/01/2015	7	0,12720	1,52			
A22 25/01/2015				0,44		

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS			
COPAS			0,04
JUROS DE MORA 01/2015			0,22
MULTA 01/2015			2,10
ICMS (GENTO)			0,06

Histórico de Consumo (kWh)

Janeiro	80
Dez/14	35
Nov/14	65
Out/14	51
Set/14	51
Agosto/14	53
Julho/14	57
Junho/14	75
Maio/14	87
Abri/14	56
Março/14	83
Fever/14	94

VENCIMENTO

02/03/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 6,52

Indicadores de Qualidade

Limits de ANEEL	Apurado	Limits de Tensão (V)
GERENRAL	5,65	1,03
DE TENSÃO/ALTA	16,51	NOMINAL
DE ALTA	16,52	220
DE MENSAL	5,10	1,02
DE TRANSMITRAL	8,23	1,02
DE ANUAL	18,47	1,02
DMP	5,85	1,03
DGR	12,22	1,03

Discriminação	Valor (R\$)	%
Encargos de Dist. da Distribuidora	2,94	35,88
Companhia de Gás	0,26	4,25
Serviço de Transmissão	0,26	3,97
Encargos Bônus	0,27	4,14
Encargos Diretos e Encargos	0,75	11,50
Outros Serviços	0,01	0,16
Total	6,52	100,00

Vale do encargo de licença de Sistema de Distribuição

(Art 12/2014) R\$ 0,46

ATENÇÃO

- Sua unidade foi tarifada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 0,97

- Leitura confirmada

VENCIMENTO

02/03/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 6,52

Roboro: 15 - 177 - 270 - 4480
Matrícula: 530387-2015-02-1
83610000000-6 08520054000-6 05303972015-5 02101770019-2



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Maria do Socorro Ferreira Silva

brasileiro(a), estado
civil: CASADA, profissão: _____,
documento de identificação: 1742004,
CPF: 045 344 064-95, Endereço: Rua
Senhor Nossa Senhora - 19,
Cidade: Gonçalves, Estado PB,
CEP: _____

DECLARA, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA** em **AÇÃO DE COBRANÇA** a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pelo(a) declarante.

Não serão cobrados honorários advocatícios nesta oportunidade, ressalvando-se o direito em caso de mudança na situação econômica do declarante.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada.

_____, 08 de Setembro de 2016

Maria do Socorro Ferreira Silva

DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PATOS/PB
19^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL – SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 178/2015

Versando Sobre: Acidente de Transito com Vítima Lesionada.

Local do Ocorrido: BR 230, Entrada do Bairro Mutirão, Sousa-PB.

Data do Fato: 10.03.2015, Por volta das 19:20, horas.

Data em que a Delegacia tomou conhecimento: 02/05/2015, às 08:h,15:min.

O(A) Comunicante: ELANIA MOISES NOGUEIRA RIBEIRO, brasileira, casada, do lar, com 30 anos de idade, filha de Antonio Moizes Filho e de Eliana Nogueira Moises, portador do RG nº 3265450-SSP/PB, CPF nº 069304894-84, residente na Rua Francisco Antonio de Sousa 27, Bairro Zu Silva,Sousa-PB.

VITIMA: A COMUNICANTE e MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA, brasileira, casada, do lar, com 34 anos de idade, filha de Antonio Moizes Filho e de Eliana Nogueira Moises, portadora do RG 2742004-SSP/PB, CPF nº 045344064-95, residente na Rua Severino Leite de Almeida nº 19, Bairro Mutirão, Sousa-PB.

HISTÓRICO: Que na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de transito, quando saiu do Centro da Cidade de Sousa, com destino ao Bairro Mutirão, na garupa da MOTO HONDA/BIZ 125 ES, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2011, PLACA OEY2337/PB, CHASSI 9C2JC4820BR084517, licenciada em nome de Jose Ires Silva e pilotada por sua irmã Maria do Socorro Ferreira da Silva e ao chegar na entrada do Bairro Mutirão, ao dar uma curva para entrar no Bairro, uma outra moto que vinha em sentido contrario, veio a colidir de frente com a moto, a qual ambas vinha; Que no impacto entre os veiculos, vieram a cair, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorridas para o Hospital Regional de Sousa, onde foi atendida pelos medicos de plantao.

O Comunicante esta cientificada das imputações culminadas nos Artigos 299 e 340 do CPB - Falso Testemunho e Comunicação Falsa de Crime.

Autoridade Policial: Francisco Claudio Beserra.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante: Elania Moyses Nogueira Ribeiro

OMARINO SOUTO MUNIZ
ENCARREGADO
MAT 803780-1





Declaração

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente **Maria da Socorro Ferreira Silva**, portador do CPF: **045.344.064-95**, deu entrada nesse hospital no dia **10 de março de 2015**, onde ocorreu erro de escrita na ficha ambulatorial.

Por ser expresso da verdade, firmamos a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Sousa 02 de junho de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P / A. Ferreira de Araujo'.

Apoliana Ferreira de Araujo

Diretora Geral

CNPJ: 08.778.268/0027-08 FONES: (83)3522.2774 - 3522-2776
R. José Facundo de Lira, S/N CEP 58802-180 - Sousa - PB



COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Investprev Seguradora S/A

BENEFICIÁRIO MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA

CPF/CNPJ: 04534406495

Posição em 11-11-2015 18:19:09

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
23/07/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Acessibilidade

[A+](#) [A-](#) [■](#)

[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)



[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fraude é crime Denuncie aqui](#)
- [SAC 0800 0221204](#)
- [Auto Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

[Início do conteúdo](#)

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150543353 - Resultado de consulta por beneficiário



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:33:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509314175700000003626087>
Número do documento: 16050509314175700000003626087

Num. 3677905 - Pág. 5

arquivos em formato pdf



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:37:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509373081300000003626163>
Número do documento: 16050509373081300000003626163

Num. 3677981 - Pág. 1

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOAO PESSOA – ESTADO DA PARAÍBA –PB.**

MARIA DAS GRAÇAS FELISMINO DE FARIAS, brasileira, solteira, agricultora, portadora do documento de identificação RG/SSP/PB-3.902.051 e com inscrição no CPF 110.015.994-03, filiação: Rildo Felismino de Farias e Geralda Alves de Farias, residente e domiciliada no Sítio Serrinha s/nº., Área Rural de Aparecida – PB, CEP 58.823-000, vem por meio de seu advogado, infra-assinado, propor

**AÇÃO PELO RITO ORDINÁRIO DE
COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO
DE DANOS PESSOAIS DPVAT**

em face de **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na Rua João Bernardo de Albuquerque nº. 62 sala 105, Tambiá, João Pessoa - PB. CEP 58.020-565, pelas razões de fato e de direito que passam a expor:

DAS PRELIMINARES

I - DA GRATUIDADE DE JUSTICA

Inicialmente, a parte autora solicita a V.Ex^a se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma do art. 4º, da Lei n.º 1.060/50, segundo redação ministrada pela Lei n.º 7.510/86, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência.

*Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787*



II- DA MUDANÇA DO RITO SUMARIO PARA O RITO ORDINÁRIO:

Como é sabido, a matéria em discussão em razão do valor da causa, levava à adoção do rito SUMÁRIO.

Por outro lado, a prática nos processos de cobrança de seguro DPVAT, conduz à conclusão da inutilidade da referida audiência de conciliação do rito Sumário, haja vista que a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e o conglomerado de Seguradoras que fazem parte do consórcio, não conciliam nesta fase processual, principalmente em razão da necessidade da produção da prova pericial médica.

Sensível a esta realidade, muitos Magistrados, ao despachar a inicial, convoram o rito para ordinário, exatamente para atender ao princípio da celeridade processual, bem como para descongestionar a pauta de audiência do Juízo. Ainda, dada necessidade de prova complexa, haverá possibilidade de dilação probatória.

Muito embora a parte autora tenha sempre o interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou, o que tornou inócua as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º do artigo 334 do novo CPC, a parte autora declara seu desinteresse na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 02 de maio de 2015, O QUE LHE CAUSOU POLITRAUMATISMOS, FRATURA EM PERÔNEO, TRAUMA, ESCORIAÇÕES NP BRAÇO E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, ACARRETANDO-LHE SEQUELAS PERMANENTES, como demonstra a documentação médica em anexo.

Registre-se que a parte autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, obtendo pagamento parcial, em 07.12.2015, no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), restando à parte autora o direito ao recebimento da diferença no valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

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

DO DIREITO

I. DA POSSIBILIDADE DO PEDIDO DA DIFERENCA PAGA PELO SEGURO DPVAT

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo INVALIDEZ PERMANENTE, o valor da indenização deve ser de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



de acordo com o real grau de invalidez da vítima, que deverá ser aferido através de perícia médica, que ora requer a parte autora.

Dessa forma, restando comprovado o acidente de transito e as seqüelas oriundas deste, faz jus a parte autora ao recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$ 13.500,00.

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

A fim de garantir o princípio da celeridade processual, vale-nos ressaltar, de antemão, que a Lei nº 6.194 NÃO atribuiu ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) o caráter de documento indispensável à propositura da ação de cobrança do seguro DPVAT nos casos de invalidez. Segundo o normatizado em seu no 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.

A toda prova, tal verificação pode ser feita por perícia médica a ser realizada na fase de instrução. Na verdade, os documentos indispensáveis de que trata o art. 283 do Código de Processo Civil devem ser entendidos apenas como aqueles necessários para que a ação possa validamente ser proposta, sob o aspecto formal, não se confundindo a com a atividade probatória, voltada a prova dos fatos alegados, que é atinente ao aspecto material.

DO PEDIDO

Face ao exposto, a parte autora requer o que segue, em apelo para a entrega da prestação Jurisdicional da seguinte forma:

- a) Seja concedido as benesses da Justiça Gratuita.
- b) Seja recebido o presente pelo RITO ORDINÁRIO.
- c) Determine a citação da seguradora-ré, para, querendo, responder aos termos da presente, sob pena de revelia e confissão, e ad cautelam, caso não recebido pelo rito requerido, na forma do artigo 334 do parágrafo 4º, II e parágrafo 5º do NCPC, a parte autora, declara seu desinteresse na designação de audiência, com a finalidade de conciliação ou mediação, e que, após análise dos requisitos e pressupostos processuais seja marcada a perícia médica, visando os princípios da celeridade processual e duração razoável do processo;
- d) Seja deferido o pedido de PROVA PERICIAL MÉDICA.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



e) seja a ré CONDENADA ao a pagar o valor de até R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), corrigida monetariamente e acrescida de juros de mora de 1% ao mês a partir da data do evento danoso.

f) seja a ré, ainda, CONDENADA ao pagamento das custas processuais e juros, onde couber, bem como em honorários advocatícios em valor não inferior a 20% sobre o valor da condenação.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

DAS PROVAS

Requer a parte autora, notadamente, a PROVA PERICIAL MÉDICA, imprescindível ao desfecho da lide, e ainda todas demais em direito admitidas, em especial, prova documental superveniente, se necessário for.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMACÕES

Por fim, o autor informa que receberá todas as intimações referentes a este processo no endereço: Rua Miguel Couto nº. 251, Edifício Vina Del Mar 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa - PB, e, requer ainda, que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome do advogado Dr. Domingos Sávio Bregalda Gussen, OAB/RJ 127.405, sob pena de nulidade, esperando deferimento.

Pede Deferimento.
João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.

Domingos Sávio Bregalda Gussen
OAB/RJ 127.405

Phillip Erbe Pimentel
OAB/RJ165.795-E

Quesitos da parte autora:

- a) A parte autora sofreu algum(s) tipo(s) de fratura?
- b) Em caso positivo, queira informar se desta(s) gerou debilidade permanente?
- c) Apresenta limitação dos movimentos do(s) membro(s) fracturado(s)?
- d) Apresenta limitação funcional do(s) membro(s) afetado(s)?
- e) Sofreu debilidade permanente? Sofreu deformidade permanente?
- f) A parte autora sofreu incapacidade para o trabalho?
- g) Queira o i. expert acrescentar o que entender devido.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante(s):

Maria das Gracas Filhoimor

Al Farias
brasileiro(a),
estado civil: solteira, profissão: Agricultora
documento de identificação: 3.902.067
CPF: 110.015.994-03 Endereço: Sítio Ser-
rinha, 3/Nº Área Rural
Cidade: Apanhido, Estado PB
CEP:

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/RJ nº 57069 com escritório profissional na Avenida Miguel Couto 251, sala 605, Centro, CEP: 58.010-770, João Pessoa - PB.

Poderes:

Os da cláusula *ad judicia e et extra*, inclusive com os especiais poderes para patrocinar, defender, em todos os seus termos, atos e incidentes, os direitos e interesses do (a) outorgante, em qualquer processo, ação ou medida em que o mesmo seja parte autora, ré, oponente ou assistente. Conferindo para tanto, o poder geral para o foro, conforme dispõe o artigo 28 do CPC, podendo ainda requerer, alegar, assinar, quando mister, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, receber e dar quitação em juízo ou fora dele, firmar compromisso, levantar importância em juízo ou fora dele, endossar cheques, recorrer de despachos e sentença, arrolar e inquirir testemunhas, juntar documentos, apelar para instâncias superiores, fazer acordos, enfim, praticar todos os demais atos necessários e em direito admissíveis, inclusive o de substabelecer, especialmente para atuar em AÇÃO DE COBRANÇA em virtude do acidente de trânsito experimentado pelo (a) outorgante e em razão das lesões por ele (a) sofridas.

, 04 de Junho de 2016

Maria das gracas Filhoimor de Farias
OUTORGANTE



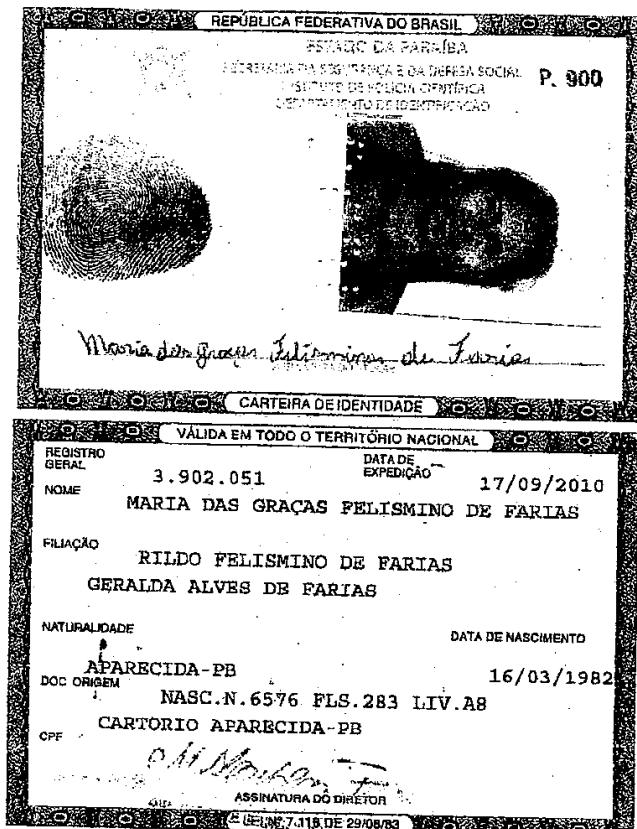
S U B S T A B E L E C I M E N T O

EU, DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o nº. 57.069, com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257 sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20.040-009, MARIA DAS GRAÇAS FELISMINO DE FARIA, ao advogado DR. DOMINGOS SÁVIO BREGALDA GUSSEN OAB/RJ 127.405 com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257, sala 1.806, Centro – Rio de Janeiro – RJ, para que o substabelecimento produza seus devidos e legais efeitos.

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.


**Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57.069**





25/04/2016

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **110.015.994-03**

Nome da Pessoa Física: **MARIA DAS GRACAS FELISMINO DE FARIA**

Data de Nascimento: **16/03/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/01/2011**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:27:03**: do dia **25/04/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **088D.D82E.C027.D726**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFauteentic.asp>)



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Maria das Gracas Felismino

de Farias brasileiro(a), estado civil: *sóteiro*, profissão: *Agricultor*, documento de identificação: *3.902.105*, CPF: *110.015.994-02*, Endereço: *Sítio São
Ximenes, s/nº, Área Rural*, Cidade: *Aparecida*, Estado: *PB*, CEP: _____

DECLARA, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA** em **AÇÃO DE COBRANÇA** a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pelo(a) declarante.

Não serão cobrados honorários advocatícios nesta oportunidade, ressalvando-se o direito em caso de mudança na situação econômica do declarante.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada.

, 04 de Setembro de 2016.

Maria das Gracas Felismino de Farias

DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 253/2015

Versando Sobre: Acidente de Transito com Vitima Lesionada.

Local do Ocorrido: BR 230, Saida de Aparecida para a Cidade de Pombal-PB.

Data do Fato: 02.05.2015, Por volta das 17:h,45:min,

Data em que a Delegacia tomou conhecimento: 16/05/2015, ás 08:h,40:min.

O(A) Comunicante: RIZOLDA FELISMINO DE FARIAS, brasileira, solteira, agricultora, com 37 anos de idade, filha de Rildo Felismino de Farias e de Geralda Alves de farias, portadora do RG nº 3046667-SSP/PB, CPF nº 032244534-51, Sítio Varzea de Sousa, Sousa-PB.

VITIMA: A COMUNICANTE e JOSE ARMANDO FELISMINO PEREIRA BRITO, brasileiro, com 06 meses de idade, filho de Marcio Jean Brito Pereira e Rizelda Felismino de Farias, residente no Sítio Serrinha, Zona Rural de Aparecida e MARIA DAS GRAÇAS FELISMINO DE FARIAS, brasileira, solteira, agricultora, com 31 anos de idade, filha de Rildo Felismino de Farias e de Geralda Alves de Farias, portadora do RG 3902051-SSP/PB, residente no Sítio Varzea de Sousa, Sousa-PB.

HISTORICO: Que na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de transito, quando trafegava do Sítio Serrinha para a Cidade de Aparecida trazendo na garupa sua irmã Maria das Graças Felismino de Farias e o seu sobrinho de 06 meses de idade de nome Jose Armando Felismino Pereira Brito na MOTO HODA/NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO E MODELO 2013/2014, QFA0960/PB, CHASSI 9C2KDO550ER305541, licenciada em nome de Rildo Felismino de Fariase ao chegar na saida de Aparecida, um animal(cachorro), atravessou a pista e nisto, veio a atropelar o mesmo, perdendo o controle da motocicleta, caindo ambos, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorridos por uma VIATURA DO SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde receberam atendimento medico.

O Comunicante esta cientificada das imputações culminadas nos Artigos 299 e 340 do CPB - Falso Testemunho e Comunicação Falsa de Crime.

Autoridade Policial: Francisco Claudio Beserra.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante: Rizolda Felismino de Farias

OSMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-HDC
MAT 603780=1





SAMU
192

Prefeitura Municipal de Sousa

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Samu192 Regional Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA:

PREFEITURA DE
Sousa
AGORA É A VEZ DE TODOS

TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência	Bairro			Médico Regulador
Ajuda no Local	PM <input type="checkbox"/> Rnagte / Bombeiros <input type="checkbox"/> Rnagte / PRF <input checked="" type="checkbox"/> TIRAR <input type="checkbox"/> SIEFRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro			
DESTINO				
Local:				

RESPONSÁVEL

OBS:

SIM NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO. • TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINÉMÁTICA / CAUSA

<input type="checkbox"/> Queda < 5m <input type="checkbox"/> Queda > 5m <input type="checkbox"/> Queda própria altura <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Sem capacete no incidente <input type="checkbox"/> Capacete retirado por terceiro
<input type="checkbox"/> Colisão frontal <input type="checkbox"/> Colisão lateral <input type="checkbox"/> Colisão traseira <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Carro x Moto
<input type="checkbox"/> Moto x Moto <input type="checkbox"/> Carro x ônibus <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Sem cinto de segurança <input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Número de vítimas no local <input type="checkbox"/> Qd dentro do veículo <input type="checkbox"/> Air bag não acionado <input type="checkbox"/> DIR <input type="checkbox"/> ESO
<input type="checkbox"/> Afogamento grau: <input type="checkbox"/> Queimadura grau: <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Desabamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF
<input type="checkbox"/> OUTRO:
<input type="checkbox"/> Acidente de esporte <input type="checkbox"/> Agressão física
<input type="checkbox"/> Intoxicação exógena picada de: <input type="checkbox"/> Escorpião <input type="checkbox"/> Abelha <input type="checkbox"/> Cobra <input type="checkbox"/> Aranha
<input type="checkbox"/> Envenenamento por:

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: <input type="checkbox"/> DECUBITO LATERAL <input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO
EM CIMA DE: <input type="checkbox"/> COTRO:
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> HALITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO:

Queda: DOR / LOCAL:

LESÕES APRESENTADAS:	<input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL:	<input type="checkbox"/> OUTRA:
<input type="checkbox"/> ESCORNIOS / LOCAL:	<input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL:	<input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:
<input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL:	<input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL:	<input type="checkbox"/> CÂMERA / LOCAL:
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL:	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL:	<input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL:
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL:	<input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL:	<input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL:
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL:	<input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL:	<input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL:
<input type="checkbox"/> LUZIAÇÃO / LOCAL:	<input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL:	<input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL:
		<input type="checkbox"/> OUTRO:

DADOS VITAIS

V.V.A.: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ Iprn Flap: _____ Iprn / PULSO RADIAL: <input type="checkbox"/> PRESIDENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
FC INICIAL: <input type="checkbox"/> BPM FC Freq: _____ bpm + PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> > 90 <input type="checkbox"/> < 90 Iprn: <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 130 <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 220 <input type="checkbox"/> 230 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 260 <input type="checkbox"/> 270 <input type="checkbox"/> 280 <input type="checkbox"/> 290 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 310 <input type="checkbox"/> 320 <input type="checkbox"/> 330 <input type="checkbox"/> 340 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 360 <input type="checkbox"/> 370 <input type="checkbox"/> 380 <input type="checkbox"/> 390 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 410 <input type="checkbox"/> 420 <input type="checkbox"/> 430 <input type="checkbox"/> 440 <input type="checkbox"/> 450 <input type="checkbox"/> 460 <input type="checkbox"/> 470 <input type="checkbox"/> 480 <input type="checkbox"/> 490 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 510 <input type="checkbox"/> 520 <input type="checkbox"/> 530 <input type="checkbox"/> 540 <input type="checkbox"/> 550 <input type="checkbox"/> 560 <input type="checkbox"/> 570 <input type="checkbox"/> 580 <input type="checkbox"/> 590 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 610 <input type="checkbox"/> 620 <input type="checkbox"/> 630 <input type="checkbox"/> 640 <input type="checkbox"/> 650 <input type="checkbox"/> 660 <input type="checkbox"/> 670 <input type="checkbox"/> 680 <input type="checkbox"/> 690 <input type="checkbox"/> 700 <input type="checkbox"/> 710 <input type="checkbox"/> 720 <input type="checkbox"/> 730 <input type="checkbox"/> 740 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 760 <input type="checkbox"/> 770 <input type="checkbox"/> 780 <input type="checkbox"/> 790 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 810 <input type="checkbox"/> 820 <input type="checkbox"/> 830 <input type="checkbox"/> 840 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 860 <input type="checkbox"/> 870 <input type="checkbox"/> 880 <input type="checkbox"/> 890 <input type="checkbox"/> 900 <input type="checkbox"/> 910 <input type="checkbox"/> 920 <input type="checkbox"/> 930 <input type="checkbox"/> 940 <input type="checkbox"/> 950 <input type="checkbox"/> 960 <input type="checkbox"/> 970 <input type="checkbox"/> 980 <input type="checkbox"/> 990 <input type="checkbox"/> 1000
PAUTÃO RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR-PERFUSÃO MMSS: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS + MMII: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS + SATURAÇÃO: %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos da Enfermagem:	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA	<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM: _____ / <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / <input type="checkbox"/> TIRANTES / <input type="checkbox"/> PRANCHAS RIGIDAS / <input type="checkbox"/> KED / <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES
<input type="checkbox"/> A.V.P. CCM ARCATIN: _____ / <input type="checkbox"/> MSE / <input type="checkbox"/> MSD / <input type="checkbox"/> SRL / <input type="checkbox"/> SF 0,8% / <input type="checkbox"/> SG / <input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO: _____ / <input type="checkbox"/> TRAQUEAL N°: _____ / <input type="checkbox"/> M. LARINGEA N°: _____
<input type="checkbox"/> 02MAN: _____ / <input type="checkbox"/> MASCARA COM RESER: <input type="checkbox"/> CATETER NASAL / <input type="checkbox"/> INMOVILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE / <input type="checkbox"/> MSD / <input type="checkbox"/> AIE / <input type="checkbox"/> M/0 / <input type="checkbox"/> MACA A VACUO / <input type="checkbox"/> OJO: <input type="checkbox"/> VELPEAU / LOCAL: _____ / <input type="checkbox"/> VENTILACAO COM ANGU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE ORELHO IMPALADO / <input type="checkbox"/> EXTRICACAO / <input type="checkbox"/> CURATIVO / <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO / <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO / SIMPLES / <input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> O/NO E CÂNULA DE GUDEL N°: _____ / <input type="checkbox"/> VENTILACAO COM ANGU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> V. MECÂNICA / CRICO: <input type="checkbox"/> FUNÇAO: <input type="checkbox"/> CIRURGICA - TORACOCENTSE: <input type="checkbox"/> E / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA: <input type="checkbox"/> E / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> PERICARDIOCENTSE: MONITORIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> E.C.G. / <input type="checkbox"/> E.T.C.O' - R.R.P. / <input type="checkbox"/> MANUAL / <input type="checkbox"/> AUTOPULSE / <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇAO / <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO - MEDICAMENTOS EMAMPOLAS FRASCOS EV: <input type="checkbox"/> FENTANIL: _____ mg / <input type="checkbox"/> SUCCINILCOLINA: _____ mg / <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM: _____ mg / <input type="checkbox"/> DIAZEPAN: _____ mg / <input type="checkbox"/> OUTROS: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: _____ COREN: _____ TECNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
CONDUTOR: _____ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (MOTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____
RECUSA: _____ RG: _____ TESTEMUNHA: _____
ASSINATURA: _____
TESTEMUNHA: _____

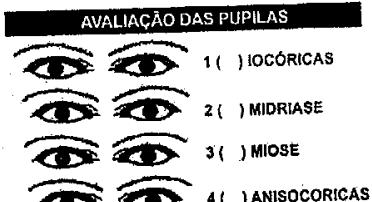
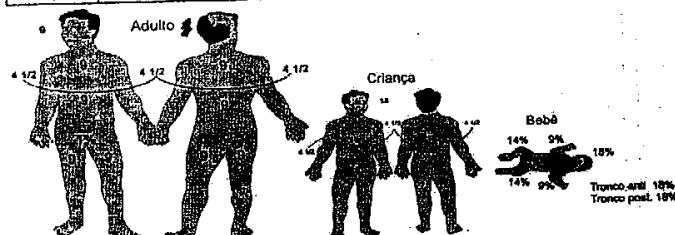


DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:	MARCA:	MODELO:	
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPER CARD	OUTRO:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3 NOME DO BANCO:			
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CALÇADO (MARCA)	RELOGIO (MARCA)		ANÉS (QUANTIDADE)			
BRINCOS (QUANTIDADE)	PULSEIRAS (QUANTIDADE)		OUTRO:			
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBE OS PERTENÇAS:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
AAS 100 mg		ÁLCOOL (PINGETA 250 ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10 ML		ATADURA DE CREON 15 cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROFOPINA		EQUIPO MACRÓGOTAS	
CAPTOPRIL 25 mg		EQUIPO MACRÓGOTAS	
DICLOFENACO 75 mg		ESPARRADAPAO	
DIPRIRONA 1g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (SÓDIGO Nº _____)	
ESCOLPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOLPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 und.)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº _____	
GLICOSE 5%		LANCOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100 mg		LUVIA DE PROCEDIMENTO TAMAÑO	
HIDROCORTISONA 500 mg		LUVIA ESTÉRIL Nº _____	
IPRATROPICP GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDI 5 mg		SCALP Nº _____	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº _____	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE TAÇAO Nº _____	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS:			

Evolução médica:

ESCALA DE GLASGOW			RELAÇÃO DE MATERIAIS DEIXADOS NO HOSPITAL	
Escore	RESPOSTA	RESPOSTA MODIFICADA PARA LACTENTES	Materiais	Quantidade
	Abertura Ocular			
4	Espontânea Ao estímulo verbal	Espontânea Ap estímulo verbal	<input type="checkbox"/> Ambu	
3	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Base do Estabilizador Lateral de Cabeça	
2	Ausente	Ausente	<input type="checkbox"/> Câmla de Guedel	
1			<input type="checkbox"/> Colar cervical Tamanho	
	Melhor resposta motora		<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral de Cabeça	
6	Obedeço comando Localiza dor	Movimentação espontânea Localiza dor (relatada ao toque)	<input type="checkbox"/> Ked () Adulto () Infantil	
5	Retirada ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Maca	
4	Flexão ao estímulo doloroso	Flexão ao estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Maca a Vácuo	
3	(postura decorticada)	(postura decorticada)	<input type="checkbox"/> Máscara com Reservatório	
2	Extensão ao estímulo doloroso	Extensão ao estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Máscara sem Reservatório	
1	(postura desacebrada)	(postura desacebrada)	<input type="checkbox"/> Máscara de Nebulização	
	Ausente	Ausente	<input type="checkbox"/> Prancha Rígida	
	Melhor resposta verbal		<input type="checkbox"/> Tala Tamanho	
5	Orientado	Babúcia	<input type="checkbox"/> Trante Aranha	
4	Confuso	Choro é irritado	<input type="checkbox"/> Torpedo de O'	
3	Palavra inapropriadas	Choro à dor	<input type="checkbox"/> Tractionador de Famur	
2	Sons inespecíficos	Gemo à dor	<input type="checkbox"/> Outros:	
1	Ausente	Ausente		





Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 05/05/2016 09:37:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16050509370038300000003626173>
Número do documento: 16050509370038300000003626173

Num. 3677991 - Pág. 4



Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 07 Maio de 2015.

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 06 de Maio de 2015 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0036

Vitima: Maria das Graças Felismino de Farias

Sexo: Feminino

Data: 02/05/15

Local da Ocorrência: BR 230

Médico Intervencionista: Dr Lilian

Viatura: USB01

Condutor: Francinildo

Téc. Enfermagem: Nivia

Enfermeiro: Alana

Natureza da Ocorrência: USB01 acionada para atendimento a vitima moto x animal . No local vitima consciente, orientado , com escoriações no braço e edema em tornozelo E . Imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhado a HRS, sob- regulação medica para avaliação.

A handwritten signature in cursive ink.

Renata Soares Virgínia
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virgínia
Diretora Administrativa



SINISTRO 3150935866 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA DAS GRACAS FELISMINO DE FARIAS****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** ARUANA SEGUROS S/A**BENEFICIÁRIO** MARIA DAS GRACAS FELISMINO DE FARIAS**CPF/CNPJ:** 11001599403**Posição em 26-01-2016 18:36:45**

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
07/12/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





**Poder Judiciário da Paraíba
10ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0821303-98.2016.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Designe-se audiência de conciliação (CPC, art. 334).

Fica a parte autora intimada na pessoa de seu advogado (CPC, art. 334, § 3º).

Cite-se e intime-se a parte ré (CPC, art. 334, parte final).

Ficam as partes cientes de que o comparecimento, acompanhado de advogados, é obrigatório e que a ausência injustificada caracteriza ato atentatório à dignidade da justiça a ser sancionado com multa (CPC, art. 334, § 8º). As partes, no entanto, podem constituir representantes por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir (CPC, art. 334, § 10).

Em não havendo autocomposição, o prazo para contestação, de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*), terá início a partir da audiência ou, se o caso, da última sessão de conciliação (CPC, art. 335, I).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344).

Defiro a justiça gratuita.

Intime-se.

JOÃO PESSOA, 19 de maio de 2016.



Assinado eletronicamente por: JOSE FERREIRA RAMOS JUNIOR - 19/05/2016 16:38:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16051916380160600000003784822>
Número do documento: 16051916380160600000003784822

Num. 3840273 - Pág. 1

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE FERREIRA RAMOS JUNIOR - 19/05/2016 16:38:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16051916380160600000003784822>
Número do documento: 16051916380160600000003784822

Num. 3840273 - Pág. 2



Poder Judiciário da Paraíba
10ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0821303-98.2016.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)
Assunto: [SEGURÓ]
Polo ativo: AUTOR: MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA
Polo passivo: RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, tendo em vista que o MM Juiz de Direito encontrar-se designando audiência nesta Unidade, faço os autos conclusos.

JOÃO PESSOA, 20 de março de 2017
PATRICIA WALESKA GUERRA SANTOS



Assinado eletronicamente por: PATRICIA WALESKA GUERRA SANTOS - 20/03/2017 17:27:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17032017275922500000006905134>
Número do documento: 17032017275922500000006905134

Num. 7040697 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba
10ª Vara Cível de João Pessoa-PB
Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB**

Nº do Processo: 0821303-98.2016.8.15.2001
Classe Processual: PROCEDIMENTO **SUMÁRIO (22)**
A ssuntos : [S E G U R O]
AUTOR: MARIA DO SOCORRO FERREIRA SILVA
RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Despacho

Vistos, etc.

No compulsar dos autos, verifico que o despacho inicial determinou a designação de audiência de conciliação, contudo 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 a audiência de tentativa de conciliação prevista no art. 344 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 réplica à contestação.

João Pessoa, 15 de maio de 2017.

R i c a r d o *d a* *S i l v a* *B r i t o*
Juiz de Direito

