



Número: **0805747-85.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/01/2018**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12284 333	29/01/2018 15:11	adm maria jose dos s costa	Documento de Comprovação
12284 343	29/01/2018 15:11	adm maria jose dos s costa2	Documento de Comprovação
12284 349	29/01/2018 15:11	prot adm maria jose dos santos costa	Documento de Comprovação
12539 523	15/02/2018 16:16	Despacho	Despacho
14707 351	07/06/2018 16:40	Expediente	Expediente
15136 730	03/07/2018 15:12	Petição	Petição
16938 902	02/10/2018 11:34	Despacho	Despacho
18966 448	01/02/2019 11:23	Mandado	Mandado
19741 936	12/03/2019 23:02	mandado de citação	Diligência
19741 940	12/03/2019 23:02	b2	Devolução de Mandado



CERTIDÃO

Nº. 0281/2017

Atendendo solicitação de **MARIA JOSÉ DOS SANTOS COSTA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N° 911096 e pertencente ao mesmo que foi atendido dia 05/12/2016 às 20H19min, paciente refere colisão moto e carro apresentando dor em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em rádio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/12/16 e alta médica dia 11/12/16.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Fevereiro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 911096 Ata: Nao Regulado
Data: 05/12/2016
Hora: 20:19:41
Repcionista: CLAUDENICE GALVAO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 6

Nome: MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA

Num. Prontuario: 2014.09.001862

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2943803 Fone: 87609738

Natural: CABEDELO/PB Data Nasc.: 26/01/1982 Id: 34 ano(s)

End.: RUA EUGENIO DE SOUZA FALCAO, 482

Bairro: PONTA DE LUCENA Cidade: LUCENA UF :PB

Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Mae: MARIA NATALIA DOS SANTOS SILVA

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

F_p.: MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA

Tel/Doc. Responsavel: 87609738 / IDENTIDADE: 2943803

Procedencia: BAIRRO MANGABEIRA III

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violênciapor: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:120 X 80

FR:

Aparentemente Bem Grave

FC:

TP:

Politraumatizado Convulsao

Peso:

Altura:

Hemorragia Dispneia

Glicemia:

IMC:

Diarreia Agitado

C'c. Abd:

O2%:

Regular Chocado

Vomito

Observacao

Queixa Principal

colisão de moto carro.

alérgico à dipirona.

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Dor de cabeça Ojo/olho direito

Diagnóstico

Conduta

Interv. F. Wilson

dor de cido E

EVOLUÇÃO

Prescrição

Horário da Prescrição

Edvaldo Nobre Carvalho
MÉDICO CRM-PB 8793

Jr. Andre Ribeiro
ORTOPEDIA-TRAMATOGO
CRM-PB 5793

Jr. Andre Ribeiro
ORTOPEDIA-TRAMATOGO
CRM-PB 5793

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZZATO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: MARIA JOSÉ DOS SANTOS COSTA				Registro:
Idade: 34	Sexo: F	Cor:	Clínica:	EMP: LR:
Data: 09/12/16	Cirurgião: Dr. Douglas	1º Assistente: DANIEL R		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
Fratura Diáfiseana em rádio Esquerdo				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
Tratamento clínico de Fratura em rádio Esquerdo				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB,

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ANSÉSIA + ANTIANSÉSIA
- 3) ABORTÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

- 4) MARCADA A VIA DE THOMPSON
(LONGITUDINAL NO PLANO DORSAL) +
DISSECCÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DA FRATURA

Achados:

- 5) Fratura em DIÁFISE DO MÁDIO E

Conduta:

- 6) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO DA
FRATURA COM PLACA DCP +
PARAFUSOS CORTICais
- 7) LIMPEZA COM SF 0,9%.
- 8) SUTURA R/ PLANOS
- 9) CURATIVO ESTÉRIL
- 10) R/ DE CONTROLE
- 11) TACAX AXIOPRIMER

Fechamento:

OBS:

Data: 09/12/16

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Mari Toní dos Sks Corr. Data da Admissão: 05/12/16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /
QPD: Doenças crônicas: _____
PA: P. T. P. _____
C. P. _____
M. C. _____
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
- ele: _____
Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RXHipóteses Diagnósticas: Fx do antebraço E FractaConduta: FTG cirurgia



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Moria Jon dos Gomes Costa			PRONTUÁRIO N°	
IDADE	34	SEXO	F	CLÍNICA	HNP

DATA DE ADMISSÃO 5-12-16 DATA DE ALTA 11-12-16 TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

PROCEDIMENTO REALIZADO:

trofanto capx fratura nôdo E

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATHOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. SIM NÃO COLETA DE MATERIAL SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDICÕES DE ALTA MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

11-12-16

DATA ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00889.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00889.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:56 horas do dia 11 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maria Jose dos Santos Costa**, CPF nº 066.060.934-73, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Auxiliar de Serviço, filho(a) de Maria Natalia dos Santos Silva e Jose Pedro da Silva, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 26/01/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Benjamim de Melo Ribeiro, Nº 116, complemento casa, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Proximo a Igreja Nossa Senhora das Dores, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-7348.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Outros, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/12/01 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

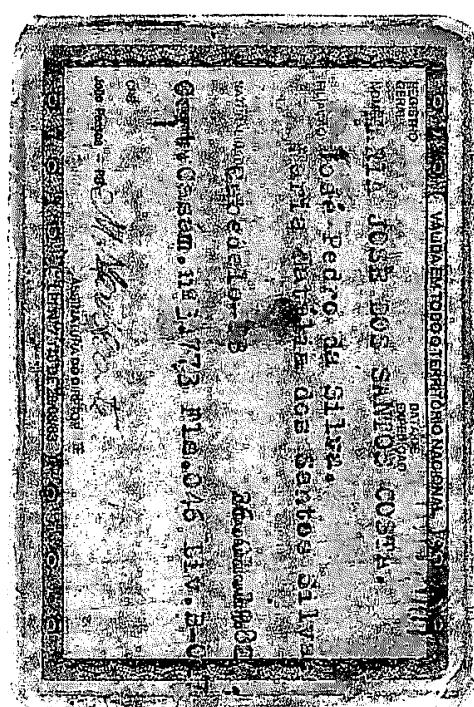
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, ANO 2015, DE COR VERMELHA, DE PLACA OEU-9722-PB, CHASSI Nº 9C2JC4820FR546513, EM NOME DE ANGELICA PATRICIA DA SILVA MENDES, QUANDO FOI QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CERTIDÃO Nº 0281/2017, ASSINADA PELA DRA. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM - PB 3883, DATADA 20/02/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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

João Pessoa/PB, 12 de maio de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao

MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA
Noticiante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Angelica Patrícia da Silva Mendes,
RG nº 1896397, data de expedição 12/08/2010
Órgão PB SSP, portador do CPF nº 028130984-18, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Bemfamum de Jelo Ribeiro, nº 116,
complemento Q-042.30, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria José Dantas Costa, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda Biz 125 ES
Ano: 2008
Placa: 0EU 9722
Chassi: 9C2JC4820FR 546513
Data do Acidente: 05/12/16
Local e Data: João Pessoa, 18/07/17

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Angelica Patrícia da Silva Mendes
(Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima, reclamante do sinistro)

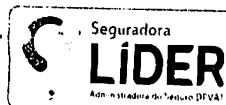
SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bol. Rómulo Vieira Batista - Tabuleiro / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Tel. (83) 3222-6500 / (83) 3222-6501 - Fax: (83) 3222-6502
E-mail: vieirabatista@bol.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
ANGELICA PATRICIA DA SILVA MENDES

En test da verdade, João Pessoa - PB 16/08/2017 19:54:38
Rikeley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO
I2017-027337/ENOL-R\$ 19,23 FARPENHOR 0,27 FEPJAR R\$ 1,83 ICP-Brasil
SELO DIGITAL: AFH07477-K5XE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br> - Elias Peroba de
Andrade - MG - Mato Grosso do Sul
João Pessoa - PB



P.P. N° 0122290071847 - PREVIT																		
<p>BESTE LOTE SERIA BILHETE DO SEGURO DE VAT PARA VALAS INFORMAÇÕES, LIMA NO VERSO AS CONDIÇÕES SÃO OS DOCUMENTOS DE COBERTURA</p> <p>VISITE www.seguradoralider.com.br ou entre em contato com o SAC SEGUAR LIDER 022 1204</p>																		
<input checked="" type="checkbox"/> PREVAT <input type="checkbox"/> PREVAT PRO <input type="checkbox"/> PREVAT PRO+ <input type="checkbox"/> PREVAT PRO+		<input checked="" type="checkbox"/> DATA EMISSAO 2016-21-01-2016 <input type="checkbox"/> PLACA DEU9722/BB <input type="checkbox"/> CPF / CNPJ 02113098418 <input type="checkbox"/> MARCA / MODELO ONDA B 35 TS <input type="checkbox"/> PRECO 104165200 <input type="checkbox"/> ANO 2015 <input type="checkbox"/> KM 5 <input type="checkbox"/> BC 27C18-JT516513																
<p>PRÉMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>PREÇOS</td> <td>DESENTOIS</td> <td>VALORES DE REFERÊNCIA</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> </table>				PREÇOS	DESENTOIS	VALORES DE REFERÊNCIA	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
PREÇOS	DESENTOIS	VALORES DE REFERÊNCIA																
*****	*****	*****																
*****	*****	*****																
*****	*****	*****																
*****	*****	*****																
<input checked="" type="checkbox"/> COLOCAR DENTRO DA PLACA <input type="checkbox"/> COLOCAR DENTRO DA PLACA <input type="checkbox"/> COLOCAR DENTRO DA PLACA <input type="checkbox"/> COLOCAR DENTRO DA PLACA		<input checked="" type="checkbox"/> SEGURO PAGO <input type="checkbox"/> PAGAMENTO 25/01/2016 <input type="checkbox"/> CARTUCHA																
<p>SEGURADORA LIDER - DEPAT</p> <p>CEP 04320-000 - São Paulo - SP www.seguradoralider.com.br</p>																		
<p>17116-1956067-20160125</p>																		



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT (informações de terceiros ainda que esses sejam procuradores). Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem gírias, para evitar erros na identificação.

EU, Maria José dos Santos Costa, PORTADOR(A) DO RG Nº 2943803, EXPEDIDO POR SSP/PB, EM 05/12/2011, CPF 066 06 0 934-73 (CNPJ), PROFISSÃO AUX. Gerais, E RENDA MENSAL DE R\$ 1.5. M (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José dos S. Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras só efetuarão o constante o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, possíveis indícios acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME – MF (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários, como imagens digitais da carteira de identidade, código de segurança

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1681-0 N° da CONTA (com dígito, se existir) 20709-8

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

Jônio Pessoa 15 de Maio 17 de Maria José dos Santos Costa
TOCA E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga indenização de R\$13.500,00 a título de óbito (valor que será dobrado caso seja beneficiário de invalidez permanente) e de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que será dobrado caso seja beneficiário de óbito). O valor da indenização é baseado na tabela de seguro prevista na lei 11.941/2009; o reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Pode-se acompanhá-lo o processo de análise do pedido de indenização, através do site www.dpvat.seguradora.com.br.

26/01/182

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José dos Santos Costa,

RG nº 2943 803, data de expedição 05/12/2001 Órgão SCP/PB

CPF nº 066 060 934-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Beira Mar de Nilo Reis</u>
Número	<u>nº 116</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>São João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58063142</u>
Telefone de Contato	<u>98873-7348</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Jacó Pessoa 15-05-2017

Assinatura do Declarante: Maria José dos Santos Costa

5833523-1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/corrida da energisa número N° 000.193.072

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.023-0

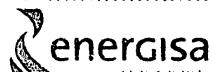
DADOS DO CLIENTE
TEREZINHA RODOLFO DA SILVA
RUA BENJAMIM DE MELO RIBEIRO 116
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/823573-1

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2017	07/07/2017	198	14/07/2017	R\$ 136,76

Acesse: www.energisa.com.br



TEREZINHA RODOLFO DA SILVA
Roteiro: 03-005-324-3260
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/07/2017

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MTRICULA
14/07/2017 R\$ 136,76 023573-2017-07-8

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00889.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00889.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:56 horas do dia 11 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maria Jose dos Santos Costa**, CPF nº 066.060.934-73, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Auxiliar de Serviço, filho(a) de Maria Natalia dos Santos Silva e Jose Pedro da Silva, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 26/01/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bejamin de Melo Ribeiro, Nº 116, complemento casa, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Proximo a Igreja Nossa Senhora das Dores, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-7348.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Outros, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/12/01 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, ANO 2015, DE COR VERMELHA, DE PLACA OEU-9722-PB, CHASSI Nº 9C2JC4820FR546513, EM NOME DE ANGELICA PATRICIA DA SILVA MENDES, QUANDO FOI QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CERTIDÃO Nº 0281/2017, ASSINADA PELA DRA. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM - PB 3883, DATADA 20/02/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

ADENDO(S):

Que na data 16/08/2017, à(s) 11:53 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LE-SE A DATA 05/12/01, LEIA-SE 05/12/2017. . Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula: 1372424.

Que na data 20/09/2017, à(s) 09:16 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LE-SE A DATA DE 05/12/01, LEIA-SE 05/12/2017, RELEIA 05/12/2016.. Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula: 1372424.

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

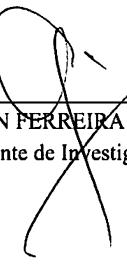
Procedimento Policial: 00889.01.2017.1.00.420

1/2

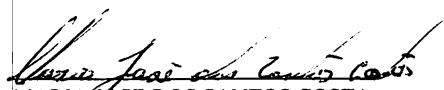
SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 20 de setembro de 2017.


MARIA JOSÉ DOS SANTOS COSTA
Noticiante

Procedimento Policial: 00889.01.2017.1.00.420

2/2

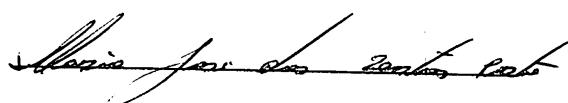
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria José dos Santos Costa, portador da carteira de identidade nº 2943803 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066 060 931-73 residente e domiciliado na Rua Beira Mar de Melo Reis eiro nº 116, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

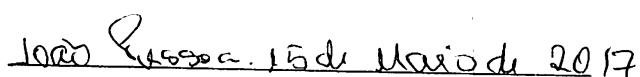
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

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

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



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data



CERTIDÃO

Nº. 0281/2017

Atendendo solicitação de **MARIA JOSÉ DOS SANTOS COSTA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N° 911096 e pertencente ao mesmo que foi atendido dia 05/12/2016 às 20H19min, paciente refere colisão moto e carro apresentando dor em antebraço esquerdo.

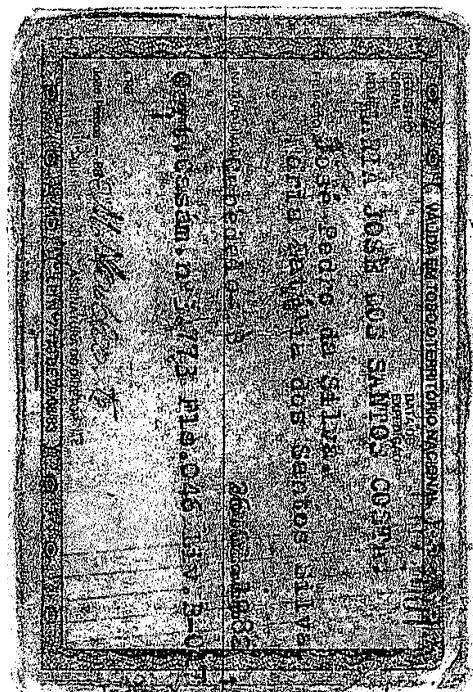
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em rádio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/12/16 e alta médica dia 11/12/16.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Fevereiro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Angelica Patrícia da Silva Hendes,
RG nº 1896397, data de expedição 12/08/2010
Órgão PBSSP, portador do CPF nº 028130984-18 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Bemjamim de Melo Ribeiro, nº 116,
complemento Q-04 L.30, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria José Dantas Costa, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda Biz 125 ES
Ano: 2013
Placa: 0EU 9722
Chassi: 9C2JC4820FR 546513
Data do Acidente: 05/11/16
Local e Data: João Pessoa, 18/07/17

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Angelica Patrícia da Silva Hendes
(Assinatura do Declarante)

)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é a vítima/reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Bel. Rosângela Vieira Batista - Testemunha / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta

Rua Elias Pereira de Araújo, 4 - Mangabeira - João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3290-0000 / 3290-0001

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) a seguir:

ANGELICA PATRICIA DA SILVA HENDES

En test. da verdade. João Pessoa - PB 12/06/2017 17:54:18

Rikeley Almeida de Lima - ASCREVENTE AUTORIZADO

[2017-027337]ENOL-R\$ 19,23 FARRENHEIR, 0,27 FEPJF R\$ 1,00 IPI R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AFH07477-K3XE

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br> Elias Pereira de Araújo - Mangabeira



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Maria José dos Santos Costa

Qualificação: irmã

CPF/MF: 066 060 934-73 RG: _____

Endereço: Rua Beira mar de Melo Rebeiro 116
Mangabeira - João Pessoa - PB

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

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

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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

João Pessoa – PB, 15 de Maio de 2017.


Outorgante

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437308/17

Vítima: MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA

CPF: 066.060.934-73

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/12/2016

Titular do CPF: MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA : 066.060.934-73

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/11/2017

Nome: MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA
CPF/CNPJ: 066.060.934-73

Data do cadastramento: 10/11/2017

Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA

Sandra Maria Accioly Pedrosa

**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO N° 0805747-85.2018.8.15.2001

A parte autora requereu a gratuidade de justiça.

Nos termos do § 2º do art. 99 do NCPC, intime a parte promovente para, no prazo de dez dias, juntar aos autos documentos que comprovem a necessidade do benefício processual (contracheque, declaração de imposto de renda etc.), bem como, que junte aos autos uma guia com os cálculos das custas obtida no site do TJPB, para fim de análise comparativa da sua renda auferida com o valor das custas processuais.

João Pessoa, 15 de fevereiro de 2018.

**JUIZ GUSTAVO PROCÓPIO BANDEIRA DE MELO
2ª VARA CÍVEL DA CAPITAL**

**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO N° 0805747-85.2018.8.15.2001

A parte autora requereu a gratuidade de justiça.

Nos termos do § 2º do art. 99 do NCPC, intime a parte promovente para, no prazo de dez dias, juntar aos autos documentos que comprovem a necessidade do benefício processual (contracheque, declaração de imposto de renda etc.), bem como, que junte aos autos uma guia com os cálculos das custas obtida no site do TJPB, para fim de análise comparativa da sua renda auferida com o valor das custas processuais.

João Pessoa, 15 de fevereiro de 2018.

**JUIZ GUSTAVO PROCÓPIO BANDEIRA DE MELO
2ª VARA CÍVEL DA CAPITAL**

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, perante Vossa Excelência, complementando o cumprimento do despacho retro, informar e requerer o que segue:

Foi determinada que a parte Autora trouxesse aos Autos comprovante de renda, inclusive Declaração de Imposto de Renda a fim de comprovar seu pedido de Justiça Gratuita.

Ocorre que o Promovente encontra-se desempregado, não possuindo qualquer outro tipo de comprovação de renda que possibilite o pagamento das custas processuais.

Ainda, realizada a simulação das custas para a presente demanda, verifica-se que o valor compromete muito o seu sustento:

Custas Prévias - Resumo

Comarca:	Joao Pessoa
Promovente:	MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA
Promovido:	BRADESCO SEGUROS S/A
Classe Processual:	PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7
Valor da Causa (R\$):	13.500,00
Valor das Custas (R\$):	954,60
Valor da Taxa Judiciária (R\$):	202,50
Valor das Despesas Postais (R\$):	0,00
Despesas com Mandados (R\$):	47,73
Tarifa Bancária (R\$):	1,35
Valor Total (R\$):	1.206,18 (25,27 UFR)

Valor da UFR (Valor Fiscal de Referência): R\$ 47,73

Sendo assim, reitera o pedido do **BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA**, nos seguintes termos:

A parte Promovente atualmente não possui recursos financeiros para arcar com as despesas processuais da presente ação, sem comprometer a manutenção de sua família fazendo jus aos benefícios da Justiça Gratuita nos termos da Lei nº. 1.060/50.

Porquanto, a parte Autora, embora esteja acompanhada por seus advogados, no momento não está em condições para custear as despesas processuais da presente ação, *sub examen*, não podendo arcar com as despesas do processo, e assim, resta-lhe tão-somente recorrer à Justiça para lhe conceder os **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**.

Ex vi legis.

O pedido tem amparo no teor do Art. 2º, Parágrafo Único da Lei nº. 1.060/50 que assim preconiza. *Verbis*:

“Gozarão dos benefícios desta lei os nacionais ou estrangeiros residentes no País, que necessitarem recorrer à justiça penal, civil, militar ou do trabalho.

Parágrafo único. Considera-se necessitado, para os fins legais, todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família”.

Dito isto, requer à Vossa Excelência, digne-se em **LIMINARMENTE**, deferir os **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA** as mesmas, nos termos dos Arts. 2º, 4º e 5º todos da Lei nº. 1.060/50 e Art. 98 do CPC. Por ser de **JUSTIÇA**.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 03 de julho de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0805747-85.2018.8.15.2001

DESPACHO

Defiro a gratuidade processual requerida.

Tendo em vista que nos processos de DPVAT em que ocorreu lesão a vítima e a seguradora somente transige após a realização de perícia, deixo de remeter, por hora, a Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal procedimento neste momento processual será infrutífera.

Diante disso determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

JOÃO PESSOA, 2 de outubro de 2018.

Juiz Gustavo Procópio Bandeira de Melo

2ª Vara Cível da Capital

Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0805747-85.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA

RÉU: B R A D E S C O S / A
PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2^a Vara Cível da Capital, MANDA ao oficial de justiça a quem este for entregue, CITAR a parte promovida, por todo o conteúdo do presente processo eletrônico para, querendo, contestar no prazo de 15 dias. Ciente de que, deixando de contestar, será considerado revel e presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo autor (Art. 344, CPC).

Despacho: Defiro a gratuidade processual requerida Tendo em vista que nos processos de DPVAT em que ocorreu lesão a vítima e a seguradora somente transige após a realização de perícia, deixo de remeter, por hora, a Centro de Conciliação Civil tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera. Diante disso determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

JOÃO PESSOA, 1 de fevereiro de 2019

NAIARA CAROLINE DE NEGREIROS FRACARO
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpj.pjebus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:**1801291510296550000012009025**

CERTIDÃO

Certifico que citei o Bradesco Seguros S/A através da gerente operacional Vanda Carmem Fabricio Wanderley. Na oportunidade, a mesma leu o mandado, lançou o seu ciente e recebeu a contrafé. Dou fé.

João Pessoa, 01/03/2019

Oficial de Justiça



Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0805747-85.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A
PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2ª Vara Cível da Capital, MANDA ao oficial de justiça a quem este for entregue, CITAR a parte promovida, por todo o conteúdo do presente processo eletrônico para, querendo, contestar no prazo de 15 dias. Ciente de que, deixando de contestar, será considerado revel e presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo autor (Art. 344, CPC).

Despacho: Defiro a gratuidade processual requerida. Tendo em vista que nos processos de DPVAT em que ocorreu lesão a vítima e a seguradora somente transige após a realização de perícia, deixo de remeter, por hora, a Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera. Diante disso determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

JOÃO PESSOA, 1 de fevereiro de 2019

NAIARA CAROLINE DE NEGREIROS FRACARO

Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpj.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

18012915102965500000012009025



Assinado eletronicamente por: NAIARA CAROLINE DE NEGREIROS
FRACARO
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 18966448



19020111230376400000018456259

Vanda Carmem Fabrício Wanderley
Gerente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco

-01-Mar-2019-10:19-179611-0/

Bradesco Auto Re Cia de Seguros,

24/02/2019 10:47