



Número: **0804683-40.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **24/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 14202.0**

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	BENEDITO JOAO DA SILVA
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12212 823	24/01/2018 10:47	<a href="#">adm benedito joao da silva</a>	Documento de Comprovação
12212 828	24/01/2018 10:47	<a href="#">adm benedito joao despesas</a>	Documento de Comprovação
12212 834	24/01/2018 10:47	<a href="#">prot adm benedito joao</a>	Documento de Comprovação
12283 638	09/02/2018 10:38	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
18817 526	24/01/2019 15:25	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
18817 924	24/01/2019 15:35	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
18817 925	24/01/2019 15:35	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
19563 735	01/03/2019 10:04	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
19563 961	01/03/2019 10:04	<a href="#">0804683-40.2018.8.15.2001</a>	Outros Documentos
19742 079	12/03/2019 23:20	<a href="#">mandado de citação e intimação</a>	Diligência
19742 100	12/03/2019 23:20	<a href="#">e2</a>	Devolução de Mandado

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Benedicto José da Silva

POR TADOR(A) DO RG Nº 3440071 EXPEDIDO POR 3440071 EM 02/05/06 E

CPF 08740628450 /CNPJ 15M PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 15M (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Benedicto José da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa 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 Funcional
- 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 Lotéticas 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](http://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 com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0046 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 105084-4

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

30 de agosto de 2017  
LOCAL E DATA

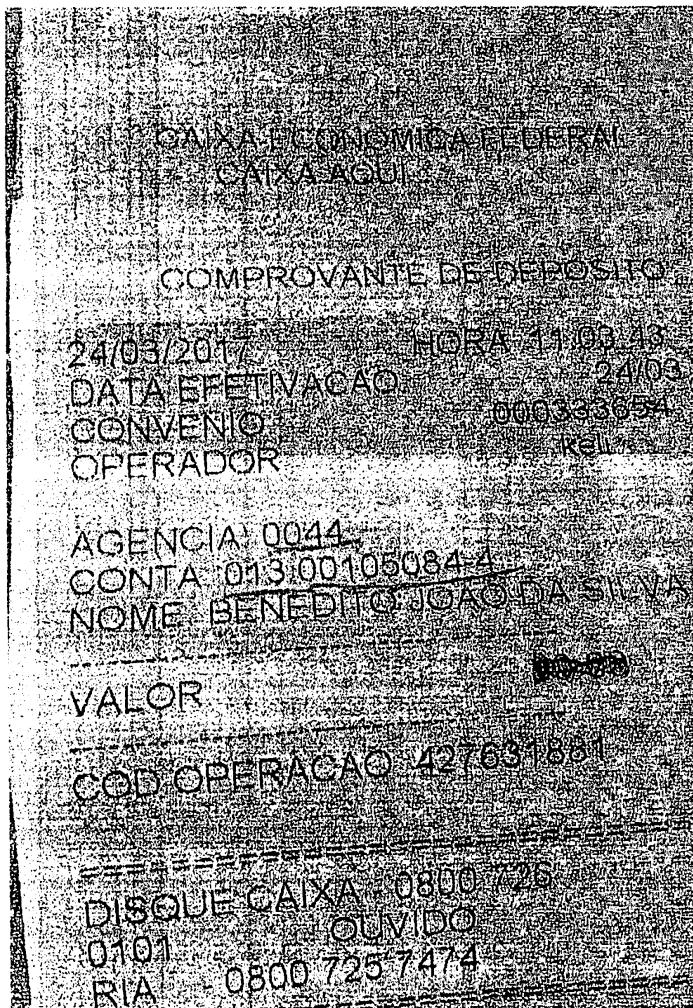
Benedicto José da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Benedicto José da Silva,  
RG nº 3440071, data de expedição 02/05/06, Órgão SSP,  
CPF nº 087406284-50, 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>Sítio Arez</u>
Número	<u>mm</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Bentim de Monanguape</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>987869859</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/08/17

Assinatura do Declarante: Bento, ditº João da Silva

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento N° 000 644 339  
Documento emitido em 17/08/2017  
Relatório para pagamento

Nº 000 644 339



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CHEQUE

MARIA MARTA DOS SANTOS  
SIT ARROZ S/N  
CUITE DE MAMANGUAPU

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/287020-2

REFERÊNCIA

17/08/2017

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

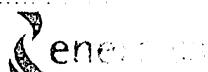
AGO/2017

17/08/2017

85

24/08/2017

R\$ 45,16



MARIA MARTA DOS SANTOS

Roteiro: 09-259-863-5680

83660000000.1 45160054000-4 02870202017-4 08702590019-9



## VENCIMENTO

24/08/2017

R\$ 45,16

287020-2017-08-7



# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2017  
Ocorrência nº. 0453/2017

Aos VINTE E TRES dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevendo Ludecy Freire Ayres Barbosa, aí, por volta 11h:41min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**MARIA MARTA DOS SANTOS**, conhecido por , Identidade nº 1.797.042-29 VIA-SSP/PB, CPF nº 978.599.584-49, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteira, profissão: agricultora, filho(a) de Lyuiz João Dos Santos E De Marta Maria Da Conceição, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 01/06/1967 (49 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Arroz, Zona Rural De Cuié De Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de , fone(s) para contato: (83) 98874-9281.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 06 de fevereiro de 2016;
- 3) HORA: 15h:30min;
- 4) LOCAL: SITIO AROZ, ZONA RURAL, CUIÉ DE MAMANGUAPE\*/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que informa a noticiante que o seu filho BENEDITO JOÃO DA SILVA, com 27 anos de idade, natural de Mamanguape/PB, nascido em 30.10.1988, RG:3440071-SSP/PB, do qual é procuradora, sofreu um acidente de transito no dia e hora e local acima citado, quando pilotava sua motocicleta marca YAMAHA/NX150 BROS KS, DE PLACA OCT-1275/PB, ANO/MODELO 2011 DE Cor preta, em nome de JOSE HALISON DE P. VASCONCELOS, momento em que colidiu contra motocicleta, vindo a cair, sendo socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB, tendo sofrido FRATURA DA TIBIA ESQUERDA + PERDA DE SUBSTANCIA CID 10 S 82 E L 98 8 CONFORME LAUDO EM ANEXO. .

- 6) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevendo que digitei.

*Maria Marta dos Santos*  
MARIA MARTA DOS SANTOS  
Comunicante

*Ludecy Freire Ayres Barbosa*  
Escrivendo/Agente - Matrícula nº 61.186-7

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Benedicto José da Silva, portador da carteira de identidade nº 344 0071 e inscrito no CPF/MF sob o nº 0874 06284 50, residente e domiciliado na Sítio Jurez, Cidade Bento de Montrongo, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Benedicto José da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 20/08/17

Local e data

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

6

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 888479 e PRONTUÁRIO nº 93280

PACIENTE: BENEDITO JOÃO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 30.10.88

Data e Hora do Atendimento: 06.02.16

Horário: 19:27h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta(colisão moto x moto) apresentando quadro de TCE leve, fratura exposta da perna esquerda. Atendido pelo Dr. José Lopes de Sousa Filho CRM 6676 Dr. Marcelo Atila CRM 6456, Dr. Kaio Alexandre Fernandes CRM 8964, Dr. Teófilo Vanomark CRM 9690, Mario Augusto CRM 5177, Dr. Glauber Miranda CRM 9220.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA + PERDA DE SUBSTÂNCIA**

CID 10 S 82 9 e L 98 8

**PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia plástica, Rx da perna esquerda AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 07.02.16 com colocação de fixador externo e debridamento cirúrgico. Em 15.02.16 foi submetido à debridamento cirúrgico. Em 19.02.16 realizado procedimento cirúrgico com limpeza cirúrgica e coleta de material para cultura. Em 11.03.16 realizado tratamento cirúrgico com colocação de auto enxerto de pele. Em 09.05.16 realizado tratamento cirúrgico com retirada do fixador externo.

**ALTA HOSPITALAR: 15.07.16**

**Data da Emissão: 21.11.16**

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR/CBHEETSHL  
CRM- 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

2016/16

<b>BENEDITO JOAO DA SILVA</b>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: 29/08/2016		Alta: 05/09/2016	
<b>Principais exames: PSEUDOARTROSE INFECTADA DE TIBIA PO DEILIZAROV</b>			
<b>Paciente submetido à cirurgia sem intercorrências, evoluiu discreta deformidade e boa cobertura. Submetido a tto cirúrgico com ILIZAROV erssecção de sequestro osseo. Realizou ILIZAROV. Apresenta bom estado geral. Boa perfusão distal do membro operado. Sem queixas no momento. CULTURA ATUAL NEGATIVO</b>			
<b>Cirurgia realizada – data e equipe: PO DE ilizarov + CURATIVO + ATB IV</b>			
<b>Biópsias:</b>			
<b>Anatomia patológica:</b>			
<b>Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )</b>			
<b>Resultado bacteriologista:</b>			
<b>Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia( )</b>			
<b>Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: Paciente em bom estado geral, EF: ferida cirúrgica de bom aspecto, perfusão tecidual satisfatória</b>			
<b>Orientações Pós Alta</b>			
<b>Dieta: Branda</b>			
<b>Repouso:</b> Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão			
<b>Medicações para casa: AINE + ATB + ANALGESICO + CURATIVO</b>			
<b>Retorno: VIDE CARTÃO</b>			
<b>Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.</b>			
<b>Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.</b>			
05/09/16			
<b>Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINSTERIO DO TRABALHO,CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.</b>			



 **COMPROVANTE DE SITUAÇÃO  
CADASTRAL NO CPF**



## MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **087.406.284-50**

Nome: **BENEDITO JOAO DA SILVA**

Data Nascimento: **30/10/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **01/03/2007**

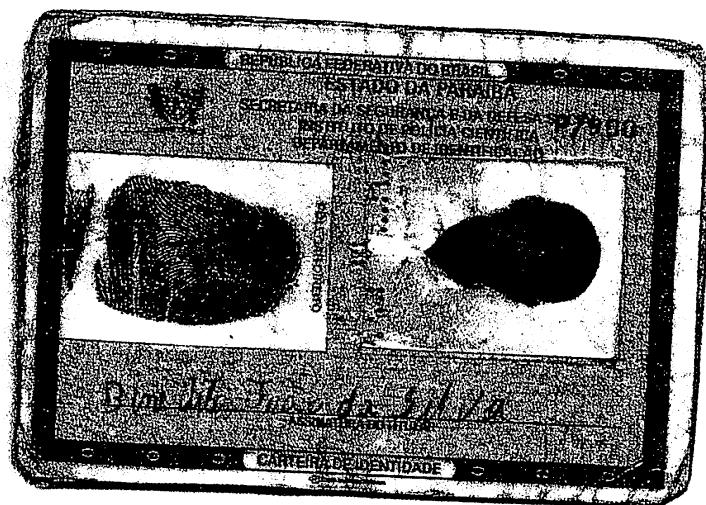
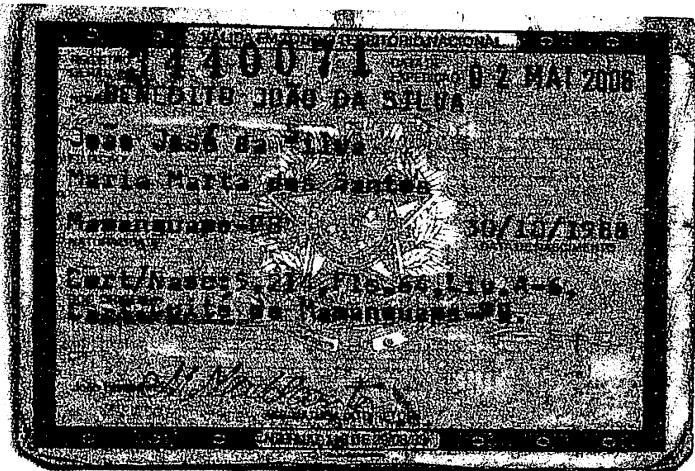
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:20:16** do dia **13/09/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **C839.1B0E.2FA4.7094**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

[\*\*Nova Consulta\*\*](#)



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Halison de Pontes Vasconcelos

RG nº 1551980, data de expedição 1/1/

Órgão TSP, portador do CPF nº 754.194.324-04, com

domicílio na cidade de Altinho de Mamanguape, no Estado de

PB

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) complemento Av. Severino Jorge Senna, nº 1050,

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Benedicto José da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda NXR 150

Ano: 2011

Placa: 0CT7215

Chassi: 9C2K00550BR053428

Data do Acidente: 06.02.2016

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

João Halison de Pontes Vasconcelos  
(Assinatura do Declarante)



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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Da Matriz, 41, Centro, Cuité de Mamanguape-PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:

JOSE HALISON PONTES DE VASCONCELOS

Dou 16 - Cuité de Mamanguape/PB - 13/10/2016

Tabellaria: MARIA ANUNCIADA RODRIGUES DE BULHÕES

Emol R\$10,50 Farpen R\$0,08 MP R\$0,17 Fepj R\$0,20

Selo Digital: ADY60446-CG17

Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

Maria Anunciada Rodrigues Bulhões  
Oficial do Registro Civil e Notas

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO BEMTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

NOME DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

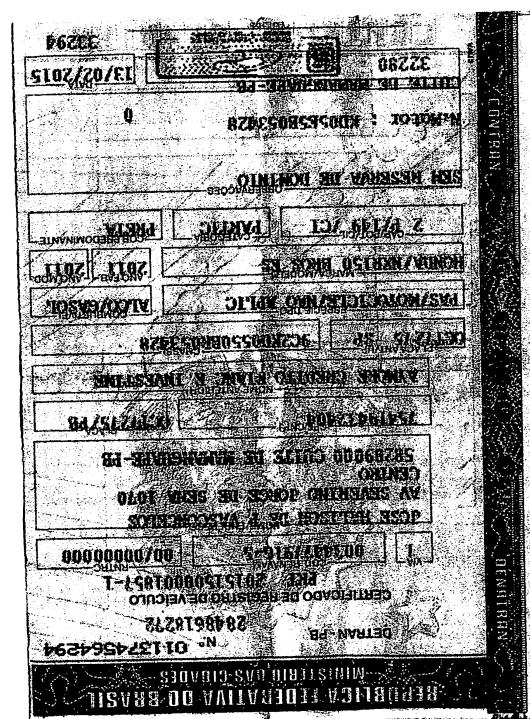
ENDERECO: \_\_\_\_\_

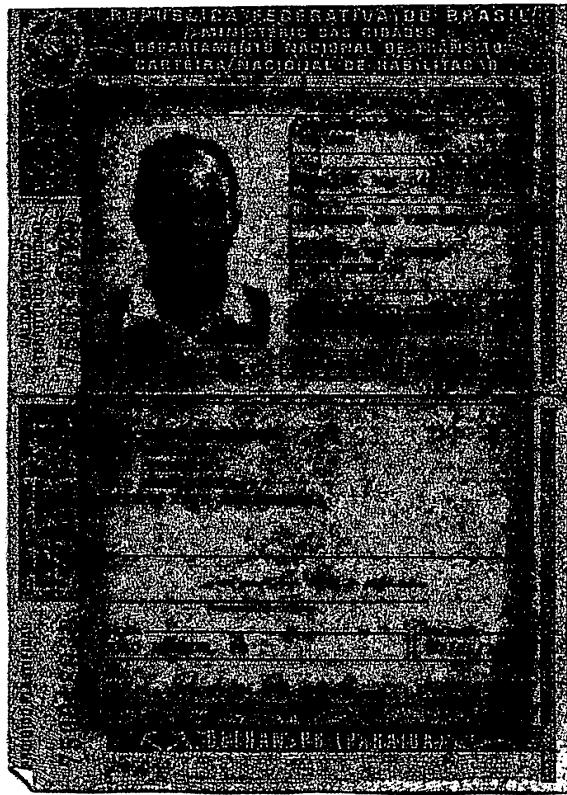
LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

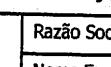
*Yosi Hollanda de Pontes Veronese*  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)  
a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).  
b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).  
c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do estabelecimento e do vendedor, exclusivamente na modalidade de AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.





<b>NFS-e</b>		<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA SECRETARIA DA RECEITA MUNICIPAL NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b>					<b>Número da NFS-e</b>
							<b>1000217</b>
Data e Hora da Emissão:		23/10/2017 15:18:17	Competência:		Código de Verificação:	XGJAPA9TN	
Número do RPS:		168	Nº da NFS-e Substituída:	0	Local da prestação:	JOAO PESSOA - PB	
<b>Dados do Prestador de Serviços</b>							
	Razão Social/Nome:	ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA	LTDA EPP				
	Nome Fantasia:	ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA	LTDA EPP			CNPJ/CPF:	24499337000153
	Endereço:	R DIOGO VELHO,, 00332, CENTRO, CEP: 58013110					
	Exibibilidade Tribut.:		Inscrição Municipal:	607711			
	Compl:				Município:	JOAO PESSOA - PB	
	Telefone:	3262-1033	Email:	ortotecjp@ig.com.br			
<b>Dados do Tomador de Serviços</b>							
Razão Social/Nome:	BENEDITO JOAO DA SILVA						
Endereço:	SITIO ARROZ, S/N, CENTRO, CEP:58289000						
CNPJ/CPF:	08740628450	Inscrição Municipal:		Município:	CUIXE DE MAMANGUAPE - PB		
Compl:		Telefone:		Email:			
<b>Discriminação do serviços</b>							
Serviço confeccao de uma ferula de sarmento.(Valor entrada).							
<b>Código do Serviço / Atividade</b>							
4.13 / 865009901 - Atividades de optometristas							
<b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>							
Código da Obra:				Código Art:			
<b>Tributos Federais</b>							
PIS:	R\$ 0,00	COFINS:	R\$ 0,00	IR:	R\$ 0,00	INSS:	R\$ 0,00
<b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b>				<b>Outras Informações</b>			
Valor dos Serviços:		R\$ 400,00		Natureza da operação		Detalhamento de Prestação de Serviços	
(-) Deduções permitidas em Lei:		R\$ 0,00		TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO		Valor dos Serviços: R\$ 400,00	
(-) Desconto Incondicionado:		R\$ 400,00		Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	
(=) Base de cálculo		5,00		Nenhum		(-) Desconto Condicionado: R\$ 0,00	
(x) Alíquota %		()		Opção Simples Nacional		(-) Retenções Federais: R\$ 0,00	
ISS a reter:		()		Sim		(-) Outras Retenções: R\$ 0,00	
(-) Valor do ISS: R\$		R\$20,00		Incentivador Cultural		(-) ISS Retido: R\$ 0,00	
				Não		(-) Valor Líquido: R\$ 400,00	
<b>Avisos:</b>							
1 - Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.							
2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada, com a utilização do Código de Verificação, no sitio <a href="http://joao pessoa.pb.gov.br/">http://joao pessoa.pb.gov.br/</a>							

<b>NFS-e</b>	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA SECRETARIA DA RECEITA MUNICIPAL NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b>						<b>Número da NFS-e 1000215</b>		
Data e Hora da Emissão:	17/10/2017 09:26:44	Competência:		Código de Verificação:	5OEL16CYM				
Número do RPS:	166	Nº da NFS-e Substituída:	0	Local da prestação:	JOAO PESSOA - PB				
<b>Dados do Prestador de Serviços</b>									
	Razão Social/Nome:	ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA LTDA EPP							
	Nome Fantasia:	ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA LTDA EPP				CNPJ/CPF:	24499337000153		
	Endereço:	R DIOGO VELHO,, 00332, CENTRO, CEP: 58013110							
	Exibildade Tribut.:		Inscrição Municipal:	607711					
	Compl:			Município:	JOAO PESSOA - PB				
	Telefone:	3262-1033	Email:	ortotecjp@lg.com.br					
<b>Dados do Tomador de Serviços</b>									
Razão Social/Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CUITE DE MAMANGUAPE								
Endereço:	AV SEVERINO JORGE E SENA, S/N, CENTRO, CEP:58289000								
CNPJ/CPF:	13099820000124	Inscrição Municipal:		Município:	JOAO PESSOA - PB				
Compl:		Telefone:		Email:					
<b>Discriminação do serviços</b>									
Serviço confeccao de uma ferula de sarmento para o beneficiario Benedito Joao da Silva.									
<b>Código do Serviço / Atividade</b>									
4.13 / 865009901 - Atividades de optometristas									
<b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>									
Código da Obra:		Código Art:							
<b>Tributos Federais</b>									
PIS:	R\$ 0,00	COFINS:	R\$ 0,00	IR:	R\$ 0,00	INSS:	R\$ 0,00	CSLL:	R\$ 0,00
<b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b>				<b>Outras Informações</b>		<b>Detalhamento de Prestação de Serviços</b>			
Valor dos Serviços:		R\$ 302,00		Natureza da operação		Valor dos Serviços:		R\$ 302,00	
(-) Deduções permitidas em Lei:				TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO		(-) Desconto Incondicionado:		R\$ 0,00	
(-) Desconto Incondicionado:		R\$ 0,00		Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Condicionado:		R\$ 0,00	
( = ) Base de cálculo		R\$ 302,00		Nenhum		(-) Retenções Federais:		R\$ 0,00	
( x ) Alíquota %		5,00		Opção Simples Nacional		(-) Outras Retenções:		R\$ 0,00	
ISS a reter:		() Sim (X) Não		Sim		(-) ISS Retido:		R\$ 0,00	
( = ) Valor do ISS: R\$		R\$15,10		Incentivador Cultural		( = ) Valor Líquido:		R\$ 302,00	
				Não					
<b>Avisos:</b>									
1 - Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.									
2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada, com a utilização do Código de Verificação, no site <a href="http://joao pessoa.pb.gov.br/">http://joao pessoa.pb.gov.br/</a>									



# ORTOTEC

## ORTOPEDIA TÉCNICA LTDA.

A segurança em Botas, Coletes, Próteses e Aparelhos Ortopédicos em Geral.

Rua Diogo Velho, 332 - Centro - João Pessoa-PB - CEP: 58.013-110 - Fone/Fax: (83) 3262.1033 / 3566.1060 - CNPJ: 24.499.337/0001-53 - Insc. Estadual 16.084.760-5  
Rua Professor Virgílio Campos, 720 - Farol - Maceió - AL - CEP: 57.055-710 - Fone: (82) 3241.1675  
www.ortotec.com.br - ortotecortopediajp@gmail.com - (83) 99163.3974

**RECIBO R\$ 702,00**

Recebemos de (a) Benedito João da Silva —

Importância de R\$ Setecentos e dezois reais —

Referente a confeção de uma prótese para MIE —

Pelo qual dou plena e geral quitação.

João Pessoa, 23 de outubro

20 17

Paulo  
Assinatura Recebedor

Gráfica: (83) 98820.4613 / 99322.8178

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: BENEDITO JOÃO DA SILVA

Qualificação: Maruha

CPF/MF: 087 406 284 - 50

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: Sítio Amor, m Bente de Momomuape-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.

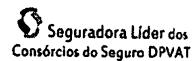
### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Benedicto João da Silva  
Outorgante

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443717/17  
Vítima: BENEDITO JOAO DA SILVA  
CPF: 087.406.284-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 06/02/2016  
Titular do CPF: BENEDITO JOAO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**BENEDITO JOAO DA SILVA : 087.406.284-50**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/11/2017  
Nome: BENEDITO JOAO DA SILVA  
CPF/CNPJ: 087.406.284-50

Data do cadastramento: 16/11/2017  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

BENEDITO JOAO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0804683-40.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de

conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, na data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
1ª Vara Cível da Capital**

---

PROCESSO N° 0804683-40.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)  
[SEGURO]

AUTOR: BENEDITO JOAO DA SILVA  
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos da notificação do perito:

---

**Zimbra**

**jpa.1varacivel@tjpbr.jus.br**

---

perícia

---

De : 1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpbr.jus.br> Qui, 24 de jan de 2019 15:24

Assunto : perícia

Para : antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos de n° 0804683-40.2018.8.15.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou

fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Att,  
Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

1ª Vara Cível da Capital-Pb, 24 de janeiro de 2019.

ALEX OLINTO DOS SANTOS

Chefe de Cartório

Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0804683-40.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

## MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em dez(10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação

JOÃO PESSOA, em 24 de janeiro de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS  
Servidor

### PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

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

18012409402112800000011940237



**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0804683-40.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de

conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, na data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
1ª Vara Cível da Capital**

---

PROCESSO N° 0804683-40.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)  
[SEGURO]

AUTOR: BENEDITO JOAO DA SILVA  
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

1ª Vara Cível da Capital-Pb, 1 de março de 2019.

JANAYNA DE FATIMA MARCAL VIDAL

Técnico Judiciário

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019.

**Ao Excelentíssimo Juiz da 1ª Vara Cível da Capital**

**Referente ao Processo nº 0804683-40.2018.8.15.2001**

**Assunto: Aceitação de encargo e designação de data de perícia**

Senhor Juiz,

Venho através deste, comunicar a Vossa Excelência a aceitação de encargo, bem como os honorários profissionais arbitrados, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme convênio entre o Tribunal de Justiça da Paraíba e a Seguradora Líder, referente aos processos que tramitam nesta Unidade Judiciária, relacionados aos pedidos de indenização do seguro obrigatório DPVAT, com as mesmas características realizadas no Mutirão DPVAT pelo Tribunal de Justiça da Paraíba e as Seguradoras integrantes do Consórcio. Aproveito a oportunidade para solicitar que seja intimada a seguradora ao pagamento antecipado dos honorários periciais.

Por oportuno, solicito que sejam intimadas as partes que irem realizar as periciais solicitadas, a partir das 14:00 horas da tarde do dia 09/04/2019, na Policlínica das Praias, localizada na Avenida Ruy Carneiro, nº 166, Manaíra, munido de todos os atestados e exames complementares de que dispõe.

Dados do perito: Antonio Vituriano de Abreu, CRM 2279 – PB, CPF: 095.649.504-49, conta corrente no Banco do Brasil – Ag. 3396/ Conta Corrente – 118901-8.

Atenciosamente,

  
Dr. Antonio Vituriano de Abreu  
Médico Ortopedista-Traumatologista

CRM: 2279

## CERTIDÃO

Certifico que citei e intimei 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  
1ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0804683-40.2018.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto(s): [SEGURO]

## MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em 10 dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 24 de janeiro de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS  
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 1801240940211280000011940237

Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS  
http://pje.tjpjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento  
/listView.seam  
ID do documento: 18817924



1901241535101880000018311847

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

Bradesco -01-Mar-2019-10:19-179611-E/

Bradesco Auto Re Cia de Seguros.

01/02/2019 13:10