



Número: **0804842-80.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **24/01/2018**

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	FELIPE FERREIRA LOPES
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12222587	24/01/2018 15:31	<a href="#">adm felipe ferreira lopes</a>	Documento de Comprovação
12222531	24/01/2018 15:31	<a href="#">prot adm felipe ferreira lopes</a>	Documento de Comprovação
12342672	05/02/2018 15:35	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
20392942	08/04/2019 16:30	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
20477150	11/04/2019 09:49	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
20477190	11/04/2019 09:49	<a href="#">br</a>	Devolução de Mandado

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

701352424-79

Nome completo da vítima

Melipe Ferreira Lopes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Melipe Ferreira Lopes	701352424-79	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Andias Machado	179	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Belem	Paraisa
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58255000	996354859

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0042 <input type="text"/> 57567 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

1 Pessoa 19 de Outubro de 2017

Local e Data

Melipe Ferreira Lopes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0617 - MINISTRO JOSE AMER

DATA: 06/11/2017

TERMINAL: 1003

NSU: 000608

HORA: 12:41:01

AUT.: 009B

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000617

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0042/013/00.057.567-5

NOME: FELIPE FERREIRA LOPES

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:



2ª Via - Via Banco

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Filipe Ferreira Lopes

RG nº 4007033, data de expedição 12/11/11, Órgão SSP/PB

CPF nº 701352424-79, 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 Abdias Machado</u>
Número	<u>Nº 179</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Belen</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58255000</u>
Telefone de Contato	<u>996354859 1999154097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1.ª Pessoa 19 de Outubro de 2017

Assinatura do Declarante: Filipe Ferreira Lopes

MARIA FERREIRA LOPES  
RUA ADEIAS MACHADO, 178 - CENTRO  
BELEM/PA CEP 08265-000 (AG 22)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO  
Roteiro 11 - 56 - 845 - 8380  
Nº medidor 00008835483

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cistão Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08 086 183/0001-40 Insc Est 18.016.823-0

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica Nº 000.808.531  
Código para Débito Automático: 00004466929

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

Conta referente a

16.08.2017 - 16.09.2017

Jun / 2017

Apresentação

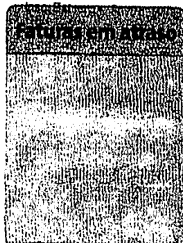
20/06/2017

Data prevista da  
próxima leitura

19/07/2017

CPF / CNPJ / RAN

89378374487



### Histórico de Consumo (kWh)

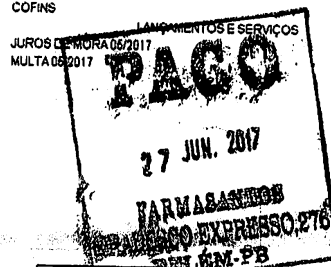
Ma/17	73
Abr/17	88
Mar/17	118
Fev/17	88
Jan/17	21
Dez/16	30
Nov/16	30
Out/16	30
Set/16	30
Ago/16	43
Jul/16	43
Jun/16	49

Média dos últimos meses  
51

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
18/05/17	384	20/06/17	455	33

### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	81	0,43487	35,27
Adic. B. Vermelha			1,05
ICMS			14,88
PIS			0,80
COFINS			2,78
JUROS DE MORA 05/2017			0,02
MULTA 08/2017			0,83



BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	25,00	14,88
PIS	1,0318	0,80
COFINS	4,7428	2,78

27/06/2017 R\$ 59,61

3b6d.f15b.1aa8.02e4.ad80 7053.a7e1.e185.

### Indicadores de Qualidade 4/2017 - Bonaneves

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,87	1,77	Serviços de Dist. de Energia PB	15,83	28,21
DIC TRIMESTRAL	11,34		Compra de Energia	18,28	30,67
DIC ANUAL	22,69		Serviço de Transmissão	1,07	1,80
FIC MENSAL	3,35	1,00	Encargos Seguros	5,84	9,45
FIC TRIMESTRAL	8,72		Impostos Diretos e Encargos	18,00	31,86
FIC ANUAL	13,45		Outros Serviços	0,00	0,00
OMC	3,29	1,77			
DICI	12,22				
			Total	59,61	100,00

Valor do EUSD (Rel. 4/2017) R\$ 19,94

Atenção: Leitura confirmada



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
3ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB  
Rua do Comercio s/n, centro Duas Estradas/PB, Fone (83) 3265.1146-99300.1021.



**CERTIDÃO**

**CERTIFICO** que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº 001/2017 desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas 047 registro de nº 047/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos vinte (20) dias mês de Abril (04) de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Duas Estradas/PB, na Delegacia de Polícia, presente, a DEL. POL. SEVERINO GOMES DE ASSIS, Delegado de Polícia Civil, comigo, TARCISO NOBERTO DA SILVA, escrivão(o) de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, aí, por volta das 10h48 horas, compareceu: o (a) Sr.(ª) FELIPE FERREIRA LOPES, brasileiro, solteiro, natural de Guarabira/PB, com 19 anos de idade, data de nascimento 28/07/1997, RG ° 4.007.033-SSP/PB, CPF Nº 701.352.424-79, filho de Severino Bernardo Lopes e de Maria Ferreira Lopes, Residente na Rua Abedias Machado 179, centro Belém/PB. Fez o seguinte registro: QUE no dia 19 de Janeiro de 2017, por volta das 04H00 horas aproximadamente, estava Voltando dos Festejos de São Sebastião na cidade de Lagoa de Dentro e quando trafegava neste Município, dirigindo o Veículo VW/GOLF, ANO E MODELO 2000/2001, COR PRETA, PLACA GZE1374/SC, CHASSI 9BWCA01J214009932, RENAVAN 751617660, CADASTRADA EM NOME DE MANOEL MARINHO DOS SANTOSNETO, na Rodovia PB 085, na curva denominada curva da Serra Limpa, perdeu o controle de Direção e capotando o Veículo, ocasião que sofreu Fraturas exposta na Perna Direita e corte na orelha Direita e escoriações, socorrido por populares para o Hospital Regional de Guarabira/PB e removido pela ambulância do SAMU, para o Hospital de Trauma em João Pessoa/PB, passando por cirurgia, conforme Laudo Médico anexo. O Noticiante registra Ocorrência e solicita certidão para requerer o Seguro Junto a DPVAT. Ass. (FELIPE FERREIRA LOPES). Dou fé.  
**OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DENUNCIANTE.**  
Contato Fone (83) 99936.1285-T/M/PB-999635.4859-TIM/PB.

Duas Estradas/PB, 20 de Abril de 2017.

TARCISO NOBERTO DA SILVA  
Comissário de Polícia Civil  
Mat: 82662-6  
Que o Digitei



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Filipe Ferreira Lopes,  
portador da carteira de identidade nº 4007033 e inscrito no  
CPF nº 701352424-73, residente e domiciliado na  
Rua Abdias Machado nº 179 Centro

Cidade Belém, Estado PA, 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.

Filipe Ferreira Lopes

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Itaó Ressa 12 de outubro de 2017

Local e data



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPE FERREIRA LOPES

DADOS DE NASCIMENTO 28/07/97

NOME DA MÃE MARIA FERREIRA LOPES

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 975.155

Nº PRONTUÁRIO 99.903

DATA DO ATENDIMENTO 19/01/17

HORA DO ATENDIMENTO 09:50

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

DIAGNÓSTICO (S) TCE MODERADO + FERIMENTO DO OUVIDO D + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D

CID 10 S 00.9 + S 01.3 + S 72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), encaminhado do complexo de saúde de Guarabira-PB, apresentando trauma crânio-facial, fratura fechada do femur D, lesão de orelha D + otorragia D e epistaxe. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
RX da coxa D - AP e P  
USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Antonio Ivanês e Dr. João Bartolomeu Pinto no 1º tempo e pelo Dr. Milton Linhares e Dr. Ricardo Barros no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 08/02/17

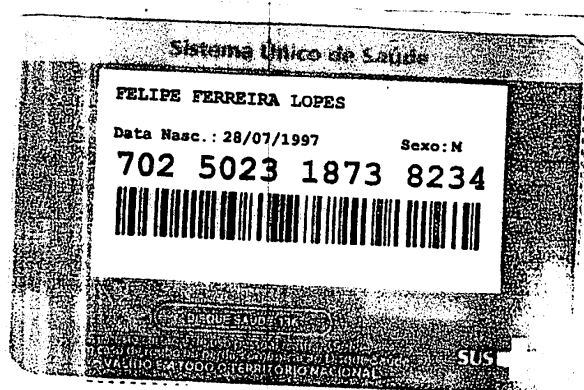
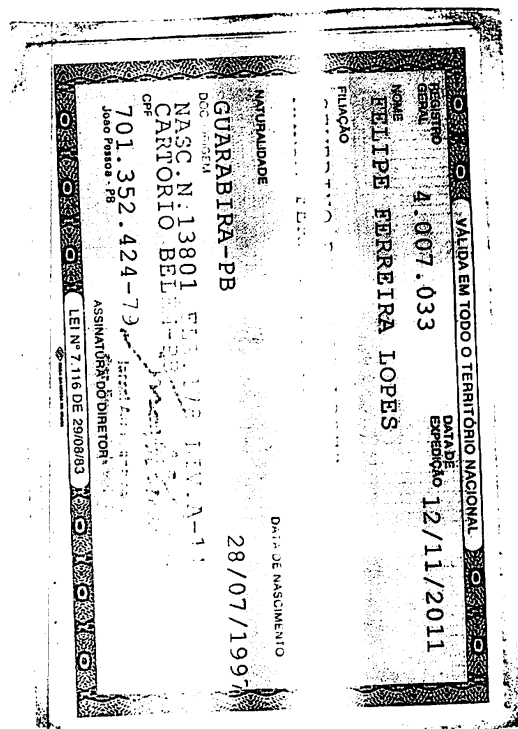
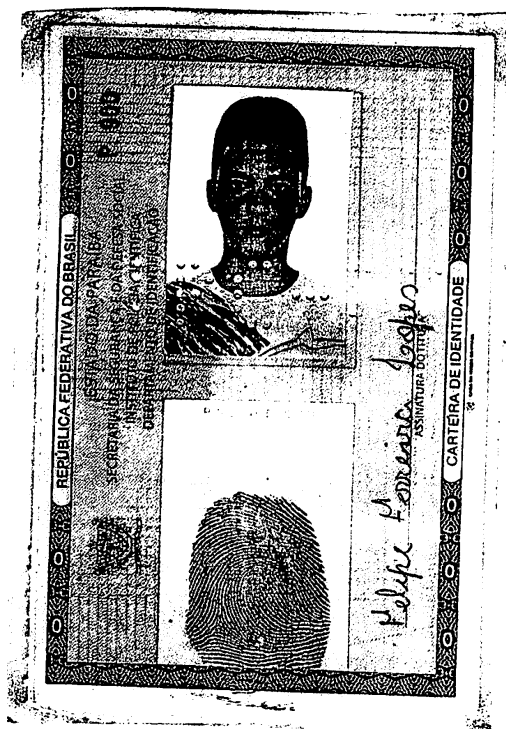
DATA DA EMISSÃO: 14/09/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO CUBAEP/SHL  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SC Nº 012943396429  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 751617660 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2016

NOME

MANOEL MARINHO DOS SANTOS NETO

CPF / CNPJ

213.659.738-83

PLACA

GZE1374

PLACA ANT / UF

GZE1374/PR

CHASSI

9BWCA01J214009932

ESPÉCIE TIPO

PAS/AUTOMÓVEL

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

VW/GOLF

ANO FAB.

2000

ANO MOD.

2000

CAP / POT / CIL

5P/100CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

\*\*\*\*\*

VENC. COTAS

1º PAGO

I

P

V

A

FADIA I.R.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PAGO

OBSERVAÇÕES

AL.FIDUC. BANCO CÍFRA S.A. / N. MOT: AKL 719858

LOCAL

CAMBORIÚ/SC

DATA

24/08/2016

97602010157

EXPEDIENTE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SC Nº 012943396429 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2016

DATA EMISSÃO

24/08/2016

VIA

1

CPF / CNPJ

213.659.738-83

PLACA

GZE1374

RENAVAM

751617660

MARCA / MODELO

VW/GOLF

ANO FAB.

2000

CAT. TARE

1

Nº CHASSI

9BWCA01J214009932

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.638/0001-04

www.seguradoralider.com.br

10/1/2016

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: FELIPE FERREIRA LOPES

Qualificação: Brasil

CPF/MF: 701359424-79 RG: 4007033 SSP/PB

Endereço: Rua Abdias Machado N.º 170 Centro  
de Belém PE 58255000-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.

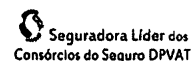
### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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, 19 de Outubro de 2017.

Felipe Ferreira Lopes  
Outorgante

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435391/17  
 Vítima: FELIPE FERREIRA LOPES  
 CPF: 701.352.424-79 CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/01/2017  
 Titular do CPF: FELIPE FERREIRA LOPES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

<p><b>Sinistro</b>                      Boletim de ocorrência                      Declaração de Inexistência de IML                      Documentação médico-hospitalar                      Documentos de identificação                      DUT</p> <p><b>FELIPE FERREIRA LOPES : 701.352.424-79</b>                      Autorização de pagamento                      Comprovante de residência</p>	
--	--

<p><b>ATENÇÃO:</b></p> <p>- 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 <a href="http://www.dpvatseguro.com.br">www.dpvatseguro.com.br</a> ou ligue 0800-0221204.</p> <p>- 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.</p> <p>Documentação recebida sem conferência.</p>	
--	--

## Portador da documentação entregue

## Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/11/2017  
 Nome: FELIPE FERREIRA LOPES  
 CPF/CNPJ: 701.352.424-79

Data do cadastramento: 10/11/2017  
 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
 CPF: 423.820.764-53

FELIPE FERREIRA LOPES

Sandra Maria Accioly Pedrosa

F



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

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0804842-80.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

De modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado no direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF).

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

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

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2018.

Juiz(a) de Direito

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

---

**MANDADO DE CITAÇÃO**

Nº DO PROCESSO: 0804842-80.2018.8.15.2001  
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]  
AUTOR: FELIPE FERREIRA LOPES  
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

**Nome:** BRADESCO SEGUROS S/A  
**Endereço:** PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

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

João Pessoa, em 8 de abril de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO  
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO  
"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:  
18012415275874500000011949591

## **CERTIDÃO**

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

JOÃO PESSOA

11 de abril de 2019

EDILASIO DE ALMEIDA RIBEIRO

ME

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

**MANDADO DE CITAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO: 0804842-80.2018.8.15.2001**  
**CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)**  
**ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]**  
**AUTOR: FELIPE FERREIRA LOPES**  
**RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A**

**Nome: BRADESCO SEGUROS S/A**

**Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131**

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

João Pessoa, em 8 de abril de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO  
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACENSE O LINK <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO 13012415275874500000011949591



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: 20392942



19040816301305000000019837678

**Rosimary Soares Costa**  
Assistente Operacional  
8337/Sucursal João Pessoa - PB

-11-Abr-2019-07:44-178642-

Bradesco

Bradesco Auto de Dia de Seguros.