



tribunal
de justiça
do estado de goias

1º CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA - DPVAT
Telejudiciário: 3018-8180 - Endereço virtual: <http://www.tigo.jus.br>

TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Protocolo: 200801286993

Natureza: COBRANÇA

Requerente: MELQUISEDEQUE JACOB DA SILVA

Adv. do (a) Requerente: IONE HENRIQUE DE ALMEIDA - 21.483 OAB/GO

Requerido(a): ITAÚ SEGUROS S/A

Adv. do(a) Requerido(a): MARIAH ALVES MARTINS VIEIRA - 17.631 OAB/GO

Data: 15/03/2013

Horário: 16H30MIN

Banca: 04

Aberta a audiência verificou-se a presença do(a) Requerido acompanhado de advogado(a) supra mencionada(o).

A audiência foi realizada, mas restou frustrado o acordo, tendo em vista que consta nos autos às fls. 157-159 a SENTENÇA que considerou procedente o pedido da requerente, sendo a mesma publicada, registrada e extratada conforme as anotações constantes nos autos. Razão pela qual, a requerente, requer que seja procedida a execução da sentença, vez que não há no curso dos autos contestação tempestiva, conforme consulta ao SPG.

Remetam-se os autos ao juiz titular para apreciação e providências que entender cabíveis.

Nada mais, encerra-se o presente termo que, lido e achado conforme, foi devidamente assinado.

ADRIANO JOSÉ DA SILVA SANTOS

Conciliador(a) Voluntário(a)

Requerente: MELQUISEDEQUE JACOB DA SILVA

Adv. do (a) Requerente: IONE HENRIQUE DE ALMEIDA - 21.483 OAB/GO

Requerido(a): ITAÚ SEGUROS S/A

Adv. do(a) Requerido(a): MARIAH ALVES MARTINS VIEIRA - 17.631 OAB/GO

[Handwritten signature]

3X
 SIVA
 CORRECA L. ALBERTA DE
 CORREOS E TELEGRAFOS
 Mudou-se
 Descontido
 Recusado
 Entregue Insuficiente
 Não entregue e nº indicado
 Ao remetente
 Informação escrita pelo portador
 ENTREGUE AO SERVIÇO POSTAL
 Resposta

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE
 23-J
 AR
 Senhor(a)
 JACOB DA SILVA
 S. 64, LT 49/51, AP. 1301, ED. PIAUET, ST. OESTE
 CEP 74141-1500
 PAÍS / PAYS
 UREZA DO ENVIO / MATU
 PRIORITÁRIA / PRIC
 EMS
 SEGURADO / VALER
 DATA DE RECEBIMENTO
 DATA DE LIVRAÇÃO
 RUBRICAE MAT DO EMPREGADO /
 SIGNATURE DE L'AGENT
 NOM ISBLE DU RECEPTEUR
 NOM ISBLE DU RECEPTEUR
 NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS
 FCM 63 / 16

16-