



Número: **0859454-02.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/12/2017**

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	LEONARDO FERREIRA DE MORAIS
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11474022	05/12/2017 14:08	<a href="#">adm leonardo ferreira de morais</a>	Documento de Comprovação
11474032	05/12/2017 14:08	<a href="#">adm leonardp ferreira morais bam</a>	Documento de Comprovação
11474037	05/12/2017 14:08	<a href="#">prot adm leonardo ferreira</a>	Documento de Comprovação
16210251	27/08/2018 16:47	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
16227653	28/08/2018 17:23	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
20085055	26/03/2019 19:11	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
20252888	02/04/2019 17:07	<a href="#">Diligência - Mandado ID 20085055</a>	Diligência
20253044	02/04/2019 17:07	<a href="#">CITAÇÃO BRADESCO SEGUROS S.A</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, Leonardo Ferreira de Morais

PORTADOR(A) DO RG Nº 1960889

EXPEDIDO POR SSP/PB

EM 14/10/93

CPF 964413804-04 /CNPJ

PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 15-M (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Leonardo F. de Morais, 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, ME (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 \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 N° da CONTA (com dígito, se existir) 69421-0

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.

João Pessoa, 19 de dezo de 2017

LOCAL E DATA

Edilânio Ferreira de Santana

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 0800-0221204



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leonardo Ferreira de Sousa

RG nº 1960889, data de expedição 14/10/93, Órgão SAP/PB,

CPF nº 964 413 804-04, 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 Desemb. Santo Estanislau</u>
Número	<u>Nº 695</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Oitizinho</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58038-540</u>
Telefone de Contato	<u>986854847 / 987610909</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 19.05.2017

Assinatura do Declarante: Leonardo Ferreira de Sousa

NALVA FERREIRA DA SILVA  
DESEMB SANTOS ESTANISLAU 695 C - OITIZEIRO  
EP 58033-540 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcl.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica

Telefone: 18-002-613-3860

Ido Medidor: 00000200696

Referência: MAR/2016

Emissão: 31/03/2016

2099



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.015.183 / 0091-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Nº 001.368.398

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

#### Indicadores de Qualidade

	LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
ANUAL	5,8	0,00	NOMINAL 220
TRIMESTRAL	11,1		CONTRATADA
QUINQUENAL	22,2		LIMITE INFERIOR 202
ANUAL	3,5	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
TRIMESTRAL	7,0		
QUINQUENAL	14,0		
	3,2	0,00	

nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: duração da interrupção individual ocorrida em dia típico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito de reclamação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

#### Dados do Cliente

#### Conta referente a

#### Apresentação

NALVA FERREIRA DA SILVA

MAR/2016

05/04/2016

DESEMB SANTOS ESTANISLAU

Data prevista da próxima leitura

PESSOA

29/04/2016

CPF/RANI 1293448427

#### Histórico de Consumo KWh

2016	206
2016	186
2015	183
2015	190
2015	180
2015	181
2015	150
2015	136
2015	149
2015	142
2015	132
2015	183

#### Faturas em atraso

07/03/2016	127,29
12/02/2016	108,30
13/01/2016	108,47
07/12/2015	111,22
09/11/2015	106,55

ANTERIOR		ATUAL			
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO DIAS
29/02/16	29872	30/03/16	30048	1	176 30

#### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Propo KWh	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0.14463	4,33
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0.24794	17,35
Consumo - 101 a 220kWh-BR	76	0.37191	28,26
Adic. B. Amarela			1,80
Subsidio			24,49
ICMS (Base de Cálculo R\$ 114,08   Alíquota 27.00%)			30,80
PIS			1,26
COFINS			5,79
CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA			3,10
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsidio			-24,49

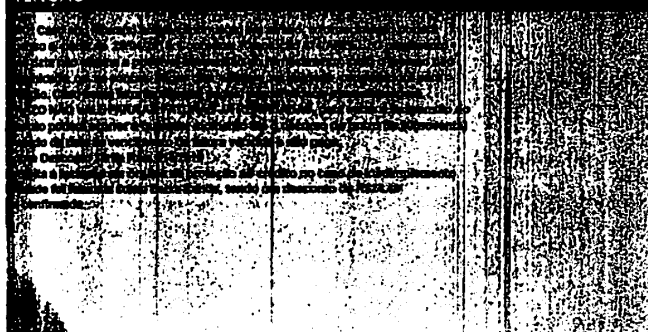
DOS ÚLTIMOS MESES: 167 KWh

#### Composição do valor total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
VALOR DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	27,21	23,21
PREÇO DE ENERGIA	36,28	32,67
VALOR DE TRANSMISSÃO	2,13	1,82
ARGOS SETORIAIS	8,61	7,35
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	40,95	34,95
IMPOSTOS E SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	114,18	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 01/2016): R\$ 28,20

#### TENÇÃO



	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	114,08	27,00%	30,80
PIS	114,08	1,1000%	1,26
COFINS	114,08	5,0800%	5,79

#### Reservado ao FISCO

a925.348f.f841.29c6.1c58.b908.a9c7.2ab9

#### VENCIMENTO

12/04/2016

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 92,69



DESTAQUE AQUI

Paraíba

EDNALVA FERREIRA DA SILVA

Telefone: 18-002-613-3860

83850000000-2 92690149000-9 05269642016-6 03000020018-3



#### VENCIMENTO

#### TOTAL A PAGAR

#### MATRÍCULA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01430.01.2016.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01430.01.2016.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 06 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de [NÃO INFORMADO], Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, Escrivão De Polícia, às 09:25 horas, compareceu **LEONARDO FERREIRA DE MORAIS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Agricultor, naturalidade Itatuba/Paraíba, data de nascimento 26 de Junho de 1974, idade 42, filiação Severina Ferreira de Moraes e [NÃO INFORMADO], Documento - CPF: 964.413.804-04, residente Rua Desembargador Santos Estanislau, 695 [NÃO INFORMANDO], Bairro dos Novais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98722-2762.

**Dados dos Fatos:**

- (1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Oitizeiro, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 25/06/16 22:30

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 25/06/16, por volta das 22:30h, quando atravessava a Avenida Cruz das Armas, próximo ao viaduto de oitizeiro, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi atropelado por um veículo de placa não identificada, tendo o notificante sofrido fratura exposta de ossos da perna direita, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

[NÃO INFORMADO] (PB) 06 de Outubro de 2016

**CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**

Escrivão De Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.822-3

**LEONARDO FERREIRA DE MORAIS**

Noticiante



Procedimento: 01430.01.2016.1.00.420



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ: 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP: 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 607/041, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1328179, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **LEONARDO FERREIRA DE MORAIS** idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento por Carro)** no dia 25/06/2016, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Oitizeiro - João Pessoa - aproximadamente às 22:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Julho de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREF 323.115-6/10171

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Leonardo Ferreira de Moraes, portador da carteira de identidade nº 1960889 e inscrito no CPF/MF sob o nº 964413804-04 residente e domiciliado na Rua D. Zenh. Santos Estanislau nº 695 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 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.

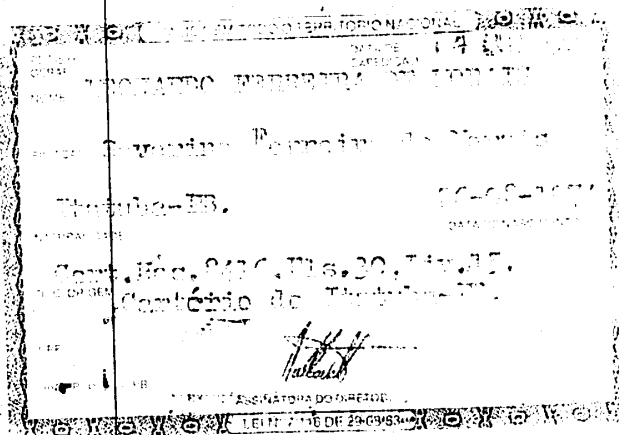
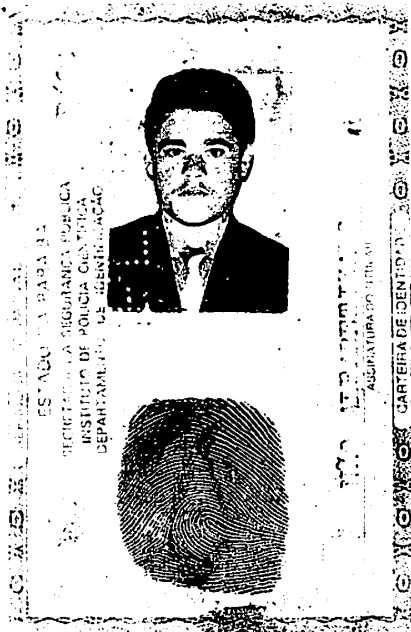
Edisânio Ferreira de Santana

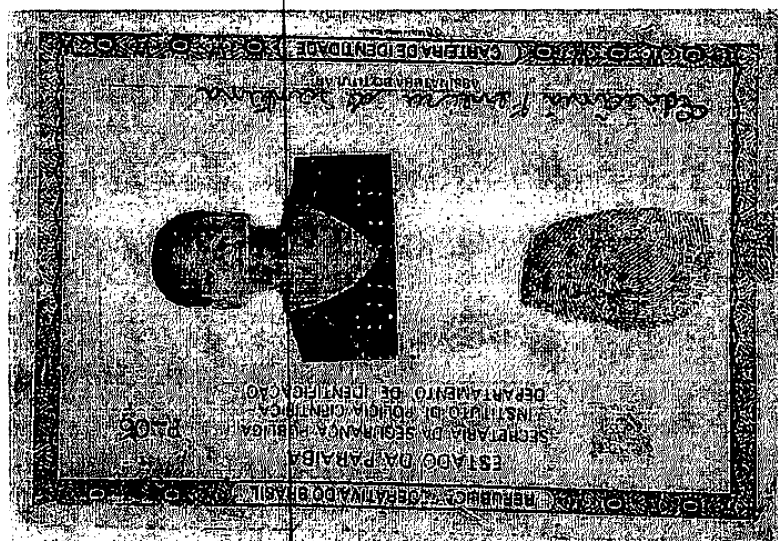
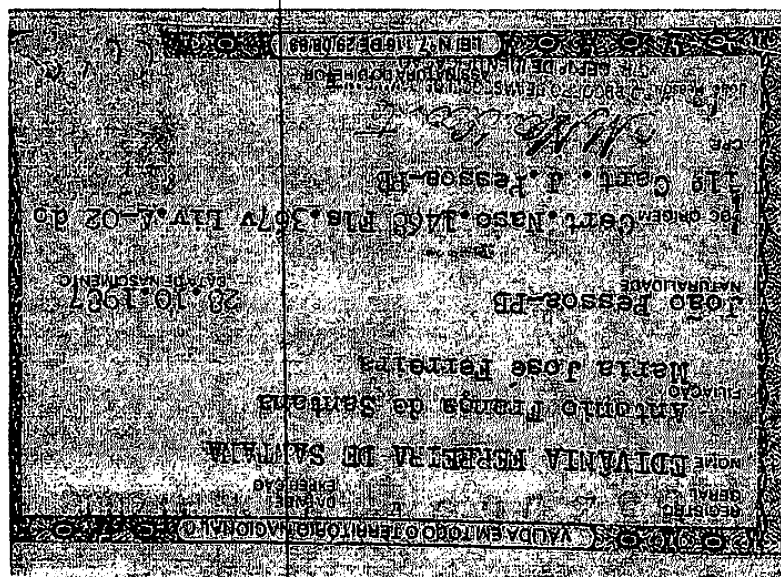
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 10 de maio de 2012

Local e data









## CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

R. Juscelino Kubitschek, s/nº - Fone/Fax: (83) 3231.4078/3264.1183  
cartorioceleida@ig.com.br - João Pessoa - Paraíba

Livro: P-171 Folha(s): 114

Protocolo: 12713

001

### PROCURAÇÃO PÚBLICA BASTANTE QUE FAZ: LEONARDO FERREIRA DE MORAIS, na forma abaixo declarado;

SAIBAM quantos virem este Público Instrumento de Procuração que aos 15 (Quinze) de 05 (Maio) de 2017 (Dois Mil E Dezessete), nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim, - **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) Sr. LEONARDO FERREIRA DE MORAIS**, Brasileira, solteiro, vigilante, portador da RG nº 1960889 2º VIA SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 964.413.804-04, residente e domiciliado na Av Desembargador Santos Estanislau, 695, no bairro Oitizeiro, na cidade João Pessoa-PB. Que o outorgante por se declarar não alfabetizado, deixa a sua impressão digital as margens deste livro e folhas e assina a rogo o Sr. EDINALDO FERREIRA DA SILVA, Brasileiro, solteiro, maior, servente Pedreiro, portador da RG nº 1056954 2º VIA SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 424.761.004-04, residente e domiciliado na Rua Av Desembargador Santos Estanislau, 695, no bairro Oitizeiro, na cidade João Pessoa-PB, reconhecido(s) como o próprio por mim, conforme documentos de identificação apresentados, por ele me foi dito que constituía e nomeava sua bastante **procuradora Sra. EDIVANIA FERREIRA DE SANTANA**, Brasileira, solteira, Do lar, portadora da RG nº 3325657 SSP/PB e inscrita no CPF/MF sob o nº 075.074.204-69, residente e domiciliada na Rua Av Desembargador Santos Estanislau, 695, no bairro Oitizeiro, na cidade João Pessoa-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para fôro em geral, atribuindo poderes com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e vias administrativas, podendo constituir e destituir Advogados propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo unas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, agindo em conjunto ou separadamente, poderes especialmente para receber e acompanhar junto a Companhia de Seguros LIDER, e quaisquer seguradora, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), referente ao acidente ocorrido com o Outorgante, que a mesmo tem direito. podendo para tanto, dito procuradora, dar entrada no processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe ainda poderes especiais, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato. podendo ainda subestabelecer esta em outrem com ou sem reservas de iguais poderes. E de como assim o disse do que dou fé, e me pediu e eu lhe lavrei este Instrumento que, sendo-lhe lido, aceitou e assinou, sendo dispensada à presença e assinatura de testemunhas de acordo com o Art. do 1º Provimento no 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu **FELLIPE WELDSO DE OLIVEIRA FERREIRA**, Auxiliar de Cartório, a escrevi. Eu, **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital da Capital**, subscrevo e assino em público e raso que uso, nesta data. **Selo Digital: AFD27182-OFHW** Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>. 15/05/2017 16:32:42 Custas: Emolumentos: R\$ 46,16 Fepj: R\$ 8,49 Farpem: R\$ 5,01.



CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

Del. Celeida Cosmo Pereira Silva - Titular  
Flávia Kely Pereira - Substituta

Rua Juscelino Kubitschek, s/nº -  
João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3231-4078/3264-1183  
cartorioceleida@ig.com.br

( ) da verdade dou fé.  
A Tabeliã Pública do 1º Ofício Distrital



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Leonardo Ferreira de Moraes

DATA DE NASCIMENTO 26/08/74

NOME DA MÃE Severina Ferreira de Moraes

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 96052

BOLETIM DE ENTRADA N.º 929412

DATA DO ATENDIMENTO 25/06/16

HORA DO ATENDIMENTO 23:38

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de ossos da perna direita

CID 10 S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, sem capacete, refere perda da consciência, apresenta ferimento em região frontal e dor em membro inferior direito, com desvio anatômico e limitação funcional, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficit focal. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX cervical, tórax, bacia, perna D.

TC de crânio

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos da perna D.

TC: sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Limpeza cirúrgica + fixador externo.

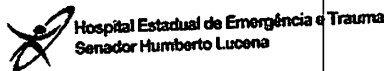
ALTA HOSPITALAR: Alta a pedido em 02/07/16

DATA DA EMISSÃO: 18/08/16

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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

Rx TC



ACOLHIMENTO, em - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 929412



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1052201	Nome LEONARDO FERREIRA DE MORAIS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 08/08/1971	Idade 44 anos 10 meses 19 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião Prontuário
Mãe SEVERINA FERREIRA DE MORAIS	Pai NAO INFORMADO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986709243	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CPF	Número documento 96441380404	Nº Cns 700108870372190	
Local de procedência OUTZEIRO		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade ITATUBA	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 68088540	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR SANTOS ESTANISLAU
Número 695	Complemento	Bairro OUTZEIRO	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 25/06/2016 23:38:04	Número da pulseira 672745	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Tempo 08min 35seg			
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES			

Imprimir

TOMOGRAFIA  
Cranio + Face

DATA: 26/06/2016  
25/06/2016 23:45

NCR

26/06/16

01:18

Paciente com história de  
Acidente de trânsito,  
sem uso de cinto.

Rede Hospitalar da Comunidade.

→ Ao chegar =

- Glicemia 14
- Su. deprimida
- Reflexos abnormais
- FCC normal
- Su. dor cervical

→ TC de crânio =

- Crânio de fraturas
- Su. coleção extra-axial
- Intes. crâneas

→ Hct = TCE leve / Polidromo

→ cl =

- alteração motora
- alteração da PCR p/
- hemiparesia da OBTURADA

DR. EMERSON MAGNO  
NEUROCIRURGIÃO  
Neurocirurgia Funcional - Dor  
CRM 6215



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento Médico

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Leonardo Ferreira IDADE: \_\_\_\_\_

672745  
LEONARDO FERREIRA DE MORAIS BE.: 929412  
DT. NASC.: 06/09/1971  
MRE: SEVERINA FERREIRA DE MORAIS  
END.: DESEMBARGADOR SANTOS ESTANISLAU  
N. 695 - OITIZZEIRO  
JOAO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 998708243  
IDADE: 44  
DT. ENTRADA: 25/06/2016 23:30:04

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente sofreu queda de moto/ciclota há 2 horas sem contato com  
pavimento, queda de consciência - segue com dor em extremidade distal de  
MEMBRO DESEJO DE ANATOMIA e com limitação de membros, relato de lesão cor-  
poral submenstruária.

### AME PRIMÁRIO

VIAS ☒ PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS  
AÉREAS ☒ PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS  
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ SIM ( ) NÃO  
VENTILAÇÃO:  
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ SIM ( ) NÃO  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) SEM DIFICULDADE  
( ) COM DIFICULDADE  
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA  
( ) APNÉIA  
AUSCULTA PULMONAR:  
1- MURMÚRIO VESICULAR  
HTD: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente  
HTE: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente  
RUIDOS  
( ) SIM  
( ) NÃO  
HTD: ☒ Roncos  
( ) Sibilos  
( ) Estertores  
HTE: ☒ Roncos  
( ) Sibilos  
( ) Estertores  
FR: 16 imp SaO<sub>2</sub> 98 %

### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica  
( ) Pletórica ( ) Ictérica  
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ( ) Quente ( ) Fria  
PULSO: ☒ Normal ( ) Aumentado  
( ) Fino ( ) Ausente  
AUSCULTA CARDÍACA  
RÍTMO: ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Ausente  
BULHAS: ☒ Normotonéticas ( ) Hipofonéticas  
( ) Hipofonéticas ( ) Ausente  
SOPRO: ( ) Presente ☒ Ausente  
BE OU B4: ( ) Sim ☒ NÃO  
FC: 65 bpm PA: X mmHg T: 36 °C  
ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: plano, depressível, RHA+, imobiliz  
2 palpitações superficiais e profundas

### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotoreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow: 15

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIDÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	<u>4</u>	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	<u>5</u>	Obedece aos comandos	<u>6</u>
A solicitação verbal	<u>3</u>	Confuso / Chora, mas é consolável	<u>4</u>	Localiza a dor	<u>5</u>
Ao contínuo estímulo	<u>2</u>	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	<u>3</u>	Retira o Membro	<u>4</u>
Nenhuma	<u>1</u>	Sons incompreensíveis / Inquieto	<u>2</u>	Flexão anormal (decorticação)	<u>3</u>
		Nenhuma / Nenhuma	<u>1</u>	Extensão Anormal (decerebração)	<u>2</u>
				Nenhuma	<u>1</u>
TOTAL:					

(FNG).CC.001-1

## EXAME SECUNDÁRIO

## ALERGIA:

☒ Não ☐ Sim:

## MEDICAMENTOS:

☒ Não ☐ Sim:

## IMUNIZAÇÃO

☒ Não ☐ Sim:

## PATOLOGIA

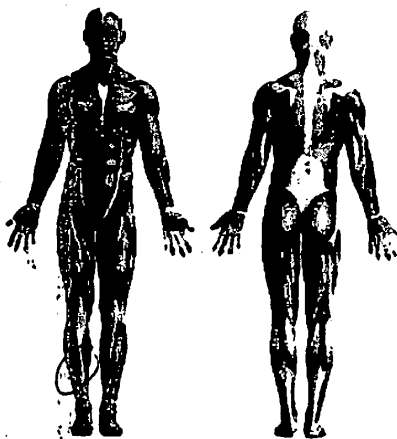
☒ Não ☐ Sim:

## ALIMENTOS INGERIDOS:

☒ Não ☐ Sim:

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efsema subcutâneo    | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Lavado peritonal☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Gasometria arterial☒ Tomografia computadorizada☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Primeira assistência		
2	1000 ml SFO, 500 ml EV		
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da neurocirurgia / ortopedia às 23:59 do dia 25/06/16Solicito parecer da neurocirurgia / neurologia vascular às 23:59 do dia 25/06/16

## DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico

DATA

☐ Transferência (unidade de saúde)

DA

☐ Internado (setor)

SAÍDA

☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência

HORAS:

☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JML☐ SVO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1







## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Leonardo Feltre de Menezes BE/Prontuário: 929412  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 26/06/16  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Dr. Rodrigo Lima, limpeza cirúrgica + fixação externa  
Cirurgião: Dr. Rodrigo Lima 1º Assistente: Dr. Daniel (R1)  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta de ossa de perna D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>limpeza cirúrgica + fixação externa</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim (X) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Daniel Braga Cavalcante  
MÉDICO  
CRM 9248 PB

João Pessoa, 26/06/16

F(NG).ASCIR.009-I



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1) Paciente em PDH
2) Anestesia e anti-espasmo
3) Aplicação de campos elétricos
Incisão:
Achados:
4) Fratura exposta do osso do pé 1º
Condução:
5) Sutura de ferimentos contusos em 1/3 proximal do pé 1º e calcâneo 2º
6) Redução da fratura
7) Colocação de fixação externa
8) Sutura de ferimento contuso em 1/3 médio do pé 1º
9) Redução externa de controle
Fechamento:
10) Sutura
11) Limpeza + curativos
Observação:

João Pessoa, 26/06/10

Médico/CRM:

Dr. Daniel Braga Cavalcante  
MÉDICO  
CRM 9245 PB

F(NG).ASCIR.009-I

8

CIRCULANTE  
Gibela G. de Lima  
Cem: 344. 575



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente Instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Leomardo Ferreira de Moraes, rep por

Qualificação: Edirsonia Ferreira de Santana

CPF/MF: 964 413 804 - 04 RG: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Desemb. Santos Estanislau N°  
695 Oitizeiro - 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 Bocalúva, 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, transgír, 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 20(vinte 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 2016.



Outorgante



## CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

R. Juscelino Kubitschek, s/nº - Fone/Fax: (83) 3231.4078/3264.1183  
cartorioceleida@ig.com.br - João Pessoa - Paraíba

Livro: P-171 Folha(s): 114  
Protocolo: 12713

001

### PROCURAÇÃO PUBLICA BASTANTE QUE FAZ: LEONARDO FERREIRA DE MORAIS, na forma abaixo declarado;

SAIBAM quantos virem este Público Instrumento de Procuração que aos 15 (Quinze) de 05 (Maio) de 2017 (Dois Mil E Dezessete), nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim, - **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) Sr. LEONARDO FERREIRA DE MORAIS**, Brasileira, solteiro, vigilante, portador da RG nº 1960889 2º VIA SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 964.413.804-04, residente e domiciliado na Av Desembargador Santos Estanislau, 695, no bairro Oitizeiro, na cidade João Pessoa-PB. Que o outorgante por se declarar não alfabetizado, deixa a sua impressão digital as margens deste livro e folhas e assina a rogo o Sr. EDINALDO FERREIRA DA SILVA, Brasileiro, solteiro, maior, servente Pedreiro, portador da RG nº 1056954 2º VIA SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 424.761.004-04, residente e domiciliado na Rua Av Desembargador Santos Estanislau, 695, no bairro Oitizeiro, na cidade João Pessoa-PB, reconhecido(s) como o próprio por mim, conforme documentos de identificação apresentados, por ele me foi dito que constituía e nomeava sua bastante **procuradora Sra. EDIVANIA FERREIRA DE SANTANA**, Brasileira, solteira, Do lar, portadora da RG nº 3325657 SSP/PB e inscrita no CPF/MF sob o nº 075.074.204-69, residente e domiciliada na Rua Av Desembargador Santos Estanislau, 695, no bairro Oitizeiro, na cidade João Pessoa-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para fôro em geral, atribuindo poderes com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e vias administrativas, podendo constituir e destituir Advogados propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo unas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, agindo em conjunto ou separadamente, poderes especialmente para receber e acompanhar junto a Companhia de Seguros LIDER, e quaisquer seguradora, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), referente ao acidente ocorrido com o Outorgante, que a mesmo tem direito, podendo para tanto, dito procuradora, dar entrada no processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe ainda poderes especiais, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato. podendo ainda substabelecer esta em outrem com ou sem reservas de iguais poderes. E de como assim o disse do que dou fé, e me pediu e eu lhe lavrei este Instrumento que, sendo-lhe lido, aceitou e assinou, sendo dispensada à presença e assinatura de testemunhas de acordo com o Art. do 1º Provimento no 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu **FELLIPE WELDSO DE OLIVEIRA FERREIRA**, Auxiliar de Cartório, a escrevi. Eu, **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital da Capital**, subscrevo e assino em público e raso que uso, nesta data. **Selo Digital: AFD27182-OFHW** Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>. 15/05/2017 16:32:42 Custas: Emolumentos: R\$ 46,16 Fepj: R\$ 8,49 ~~Farpem~~: R\$ 5,01.



CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

Del. Celeida Cosmo Pereira Silva - Titular  
Flávia Kely Pereira - Substituta

Rua Juscelino Kubitschek, s/nº - 51010-000  
João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3231-4078/3264-1183  
cartorioceleida@ig.com.br

Em testemunho ( ) da verdade dou fé.  
A Tabeliã Pública do 1º Ofício Distrital

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328964/17  
 Vítima: LEONARDO FERREIRA DE MORAIS  
 CPF: 964.413.804-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/06/2016  
 Titular do CPF: LEONARDO FERREIRA DE MORAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
 Comprovação de ato declaratório  
 Declaração de Inexistência de IML  
 Documentação médico-hospitalar  
 Documentos de identificação

### EDIVANIA FERREIRA DE SANTANA : 075.074.204-69

Comprovante de residência  
 Declaração Circular SUSEP 445/12  
 Documentos de identificação  
 Procuração

### LEONARDO FERREIRA DE MORAIS : 964.413.804-04

Autorização de pagamento  
 Comprovante de residência

F

### 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: 24/08/2017  
 Nome: EDIVANIA FERREIRA DE SANTANA  
 CPF/CNPJ: 075.074.204-69

Data do cadastramento: 24/08/2017  
 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
 CPF: 423.820.764-53

EDIVANIA FERREIRA DE SANTANA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



CERTIDÃO NEGATIVA PJE

CERTIFICO QUE, REVENDO AS INFORMAÇÕES CONSTANTES DOS SISTEMAS SISCOM STI E PJE, **NÃO LOCALIZAMOS OUTRAS AÇÕES ATIVAS** ENVOLVENDO AS PARTES DESTE FEITO, BEM COMO DA AUTORA ENVOLVENDO OUTRAS INSTITUIÇÕES CONGÊNERES.

JOÃO PESSOA, 27/08/2018. NILMA CRISTIANE B. DE M. REGO – MAT. 470.995-1



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**5ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0859454-02.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

**Vistos, etc.**

O objeto desta ação é referente a cobrança de Seguro DPVAT.

Assim, defiro a gratuidade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC.

Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da conveniência quanto a realização de audiência conciliatória.

Cite-se e Intime-se a parte Ré para contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de Contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

JOÃO PESSOA, 28 de agosto de 2018.

Juiz(a) de Direito

**Poder Judiciário da Paraíba**  
**5ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**JOÃO PESSOA()**

Nº do processo: 0859454-02.2017.8.15.2001 Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7) Assunto(s): [SEGURO]

autor: **LEONARDO FERREIRA DE MORAIS**, inscrito no CPF sob o nº 964.413.804-04, rep. Por Edivânia Ferreira de Santana, residente e domiciliado na Rua Des. Santos Estanislau, 695, Oitizeiro, CEP: 58088-540, João Pessoa – Paraíba

## **MANDADO DE CITAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **cite a parte Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 5 8 0 1 3 - 1 3 1**

para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, nos termos do despacho a seguir: " PROCEDIMENTO COMUM (7) 0859454-02.2017.8.15.2001 - **DESPACHO - Vistos, etc.** O objeto desta ação é referente a cobrança de Seguro DPVAT. Assim, defiro a gratuidade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC. Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da conveniência quanto a realização de audiência conciliatória. Cite-se e Intime-se a parte Ré para contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias úteis. A ausência de Contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. JOÃO PESSOA, 28 de agosto de 2018. Juiz(a) de Direito.

Assinado eletronicamente por: **GANNE DE CARVALHO TEOTONIO MARINHO**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **16227653**



18082817232417500000015816733

JOÃO PESSOA, em 26 de março de 2019.

De ordem, **NILMA CRISTIANE BATISTA DE MORAES REGO**

Servidor - técnico judiciário - matrícula 470995-1

### **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:

17120514062010200000011217117



Poder Judiciário da Paraíba  
5ª Vara Cível da Capital

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

---

<b>Número</b>	<b>do</b>	<b>Processo:</b>	<b>0859454-02.2017.8.15.2001</b>
<b>Classe:</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>COMUM</b>	<b>(7)</b>
<b>A s s u n t o :</b>			<b>[ S E G U R O ]</b>
<b>Polo ativo:</b>	<b>AUTOR:</b>	<b>LEONARDO FERREIRA DE</b>	<b>MORAIS</b>
<b>Polo passivo:</b>	<b>RÉU:</b>	<b>BRADESCO SEGUROS S/A</b>	

### **CERTIDÃO**

Certifico e dou fé, que em cumprimento ao mandado ID 20085055, compareci ao endereço indicado, onde citei a parte ré, Bradesco Seguros S/A, através de ROSIMARY SOARES COSTA, a qual assinou e recebeu cópia do mandado.

JOÃO PESSOA, 2 de abril de 2019  
FRANCISCO DE ASSIS FERNANDES GUEDES

Poder Judiciário da Paraíba  
5ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0859454-02.2017.8.15.2001 Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7) Assunto(s): [SEGURO]

autor: **LEONARDO FERREIRA DE MORAIS**, inscrito no CPF sob o nº  
964.413.804-04, rep. Por Edivânia Ferreira de Santana, residente e domiciliado  
na Rua Des. Santos Estanislau, 695, Oitizeiro, CEP: 58088-540, João Pessoa –  
Paraíba

### MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte  
Nome: **BRADESCO SEGUROS S/A**, Endereço: **PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB -**  
CEP: **58013-131**

para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão  
aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, nos termos do despacho a seguir: "  
PROCEDIMENTO COMUM (7) 0859454-02.2017.8.15.2001 - **DESPACHO** - Vistos, etc. O objeto desta ação é  
referente a cobrança de Seguro DPVAT. Assim, defiro a gratuidade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC.  
Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da  
conveniência quanto a realização de audiência conciliatória. Cite-se e Intime-se a parte Ré para contestar o feito, no prazo  
de 15 (quinze) dias úteis. A ausência de Contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática  
apresentada na petição inicial. JOÃO PESSOA, 28 de agosto de 2018. Juiz(a) de Direito.



Assinado eletronicamente por: **GIANNE DE CARVALHO TEOTONIO MARINHO**  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam)  
/listView.seam  
ID do documento: **16227653**



18082817232417500000015816733

JOÃO PESSOA, em 26 de março de 2019.

De ordem, **NILMA CRISTIANE BATISTA DE MORAES REGO**  
Servidor - técnico judiciário - matrícula 470995-1

**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:17120514062010200000011217117



Assinado eletronicamente por: **NILMA CRISTIANE BATISTA DE MORAES**  
**REGO**  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam)  
/listView.seam  
ID do documento: **20085055**



19032619110762000000019539277

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