

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

GERALDO PEREIRA ALVES FILHO, brasileiro, casado, portador do RG 170.635-3 SSP-PB e CPF de nº 917.194.104-53, residente e domiciliado na Rua José Alípio de Rocha, 226, Centro, Solânea-PB

OUTORGADO: Dr. TIAGO JOSÉ SOUZA DA SILVA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº 17.301, CPF nº 050.359.644-26, com escritório profissional na Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, CEP: 58.225-000, Centro, Solânea-PB.

PODERES: A quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula Ad Judicia, a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante, perante qualquer juízo ou tribunal de qualquer instância, bem como em qualquer repartição da Administração Pública de qualquer unidade da federação propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendê-lo quando for réu, interessado, podendo, além de praticar todos os atos, receber notificações e intimações, fazer defesa oral, conferindo-lhe(s), ainda, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir e renunciar ao direito que se funda a ação ou recurso, firmar compromisso, reclamar, conciliar, prestar declarações, fazer acordo, recorrer, requerer os benefícios da justiça gratuita, requerer interdições, promover consignações e requerer depósitos judiciais, bem como renunciar ou substabelecer o presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, bem como praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme, valioso e aceito.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Nos termos da Lei nº. 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, declararam não poder pagar custas processuais de estilo, tampouco honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento, motivo pelo qual considero-me necessitado na forma da lei, precisando de **JUSTIÇA GRATUITA** a fim de fazer valer meus direitos em juízo. **DECLARO, OUTROSSIM, TER TOTAL CIÊNCIA DAS PENALIDADES PREVISTAS NA LEI Nº. 1.060/50.**

Solânea -PB, 11 de setembro de 2018.

Geraldo Pereira Alves Filho

Rua Cândido de Souza, 474, 1º andar, Centro, CEP: 58.225-000, Solânea-PB

Fones: (83) 99186-7497 / (83) 99659-4778

E-mail: tiago_j_souza@hotmail.com



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1706353 DATA DE EXPEDIÇÃO 13 ABR 1992

NOME GERALDO PEREIRA ALVES FILHO

FILIAÇÃO Iracema Júlia Alves

Bananeiras-PB 30.01.1974.

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 27.311, Liv. A-42, Fls. 66-V, Cart. Solânea-PB.

DOC ORIGEM

CPF

JOÃO PESSOA, PB

ALEXANDRE NADAR OUBI CARVALHO

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

10 VACINADO

BRASIL LIVRE DA RAIVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA DI.P. 135

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do titular: Geraldo Pereira Alves Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA ECONOMIA, FAZENDA E PLANEJAMENTO

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

DE INSCRIÇÃO 917194104 53

IME COMPLETO

GERALDO PEREIRA ALVES FILHO.

NASCIMENTO: 30.01.74

SIGNATURA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

É CARTÃO E O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS. NA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DO DEPARTAMENTO RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

004/0097 - 17

07/02/92

BANCO DO NORDESTE DO BRASIL S/A.

0430102-1

Assinatura: André





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirillo, 220 - Jaguaribe - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-577 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

69546185

REFERÊNCIA

NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ARISTENIO F DA SILVA
RUA JOSE ALÍPIO DA ROCHA 226

CENTRO 58225-000
SOLANEA

Inscrição	SMI	Quantidade da Economia				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
668.02.025.014	0	1	0	0	0	69546185
Idrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0	3/12/1999	0	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
0 | 0 | 0 30 13/12/2017

HIST. DE CONS. / NOR. LEIT. | QUAL. DA ÁGUA - DECRETO 2.914/2011-MS.

NÚMERO DE AMOSTRAS

PARÂMETROS EXIC. ANALIS. CONFORMES

COR 10 32 32

TURBIDEZ 10 32 32

COLIFORMES 36 36 36

COLIFORMES 0 0 0

MÉDIA(M) 0 DADOS REFERENTES A: JUN/2017

DATA DA LEITURA: 16/11/2017

HORA DA LEITURA: 10:14:25

DESCRIÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 36,84 R\$36,84

947-JUROS DE MORA R\$0,52

050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. R\$0,74

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$3,41 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

20/11/2017

Total a Pagar:

R\$38,00

v.16.13 R. 1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: SEM HÍDRÓTIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DÉB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR





SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Guilherme Souza Alves FilhoDATA DO ACIDENTE 05/06/2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 911994109-53

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)

- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Thiago Jose Souza da SilvaQuem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 88.980.054-5E-mail abramson@thiagosez.com Tel.: Data 16/09/2018 Assinatura Thiago Jose Souza da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC/BananeirasAtendente Thiago Jose Souza da Silva Matrícula 8418119Data: 16/09/2018 Assinatura: Thiago Jose Souza da Silva

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 3 DY 71078826 9 BR PB
BANANEIRAS
CNPJ: 0402333635200 Ins. Est. 166745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURODA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 0524590000104
Doc. Post.: 27997535
Contrato: 901220636 Cód. Adm. 11205709
Cartão: 6226085

Movimento: 16/06/2018 Hora: 14:57:45
Caixa: 86467938 Matrícula: 84788119
Lancamento: 041 Atendimento: 00617
Modalidade: A Futurar ID Tráquete: 147295645

DESCRIÇÃO	QTD	FREQUÊNCIA
SEGURO DPVAT ATE 50	1	21,75+
Valor do Portêx(R\$)	21,75	
Peso real (G)	64	
CNPJ/CPF Remet.	91719410453	
Nome Remetente	GERALDO FERREIRA ALVES FILH	
Cont. Nome	0	
Endereço Remet.	RUA ALMEIDA DA ROCHA, 226	
Cont. Endereço	CENTRO	
Cep Remetente	55225-000	
Cidade Remet.	SULAMITA	
UF Remet.	PB	
POSTAL RESPOSTA (R\$)	1	28,00+
Valor do Portêx(R\$)	28,00	
Cep Destino:	20051-205 (RJ)	
Peso real (G)	64	
OBJETO	DPVAT/CONSUMIDOR	

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DHL) será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega.

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação dos serviços e/ou bens prestados, ou a qual (vis. pagosa) mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG:
Ass. Responsável:

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DHL) será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega.

SERV. POSTAIS, DIÁRIOS E DEVERES LEI 6538/73

Encomenda cilíndrica ou esférica
implica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01



SINISTRO 3180244197 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** GERALDO PEREIRA ALVES FILHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** GERALDO PEREIRA ALVES FILHO**CPF/CNPJ:** 91719410453**Posição em 11-09-2018 22:56:46**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Pendente	
Autorização de pagamento	Beneficiário	Pendente	GERALDO PEREIRA ALVES FILHO

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/06/2018	Aviso de Sinistro	
05/06/2018	Exigência Documental	



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO PEREIRA ALVES FILHO**
Nº Sinistro: **3180244197**
Vítima: **GERALDO PEREIRA ALVES FILHO**
Data do Acidente: **04/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180244197**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00359/00360 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12904361





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 748/2017

Aos DOZE dias de SETE de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

GERALDO PEREIRA ALVES FILHO, conhecido(a) por **MININHO**, Identidade nº 1706353-SSS/PB, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Geraldo Pereira Alves E Iracema Júlia Alves, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 30/01/1974 (42 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Limpo Da Rocha, Centro De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: proximo ao Fórum, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato:

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 a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 04 de 06 de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 23h:0min;
- 4) **Local do fato:** Centro de Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Solânea/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO; MARCA HONDA; MODELO CG 150 TITAM KS; COR AZUL; ANO 2004/2004; CHASSI: 9C2KC08104R077230; PLACA MMX4088/PB; EM NOME DE LEANDRO MARANHÃO DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JOÃO FRANCISCO E VANDERLEI ALVES PEREIRA

8) Breve resumo do fato:

QUE o comunicante transitava em sua motocicleta no Centro de Solânea, quando em um momento rapido um veiculo desconhecido coediu na traseira de sua motocicleta assim fazendo com que o comunicante caisse ao solo gravemente ferido; QUE logo em seguida a equipe da SAMU foi acionada e conduziu o mesmo para o Hospital Regional de Solânea/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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

GERALDO PEREIRA ALVES FILHO
GERALDO PEREIRA ALVES FILHO
Comunicante

LUIS FHELIPE MEDEIROS DOS SANTOS
Escrivão de Polícia
LUIS FHELIPE MEDEIROS DOS SANTOS

Modelo_Delegado_11AM170



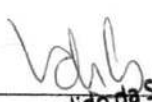


SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que foi prestado atendimento PRÉ-
HOSPITALAR pelo SAMU do município de Solânea - PB, à vítima
Genaldo Pereira Alves Filho portador de
RG 1706353 na cidade de Solânea - PB e transferido
para o Hospital Divinópolis de Solânea na cidade de
Solânea - PB no dia 04 de Junho de
2017.


Vânia Cândido da Silva
Enfermeira
REN-PB 287.296

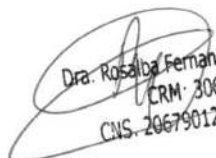




**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que GERALDO PEREIRA ALVES FILHO, esteve internado nesta Unidade de Saúde, no período de 05/06 à 13/06/2017, vítima de acidente de moto, apresentado ferimento corto-contuso na perna esquerda + fratura do perônio + traumatismo parietal. CID: S81.9 + S82.4 + S009


Dra. Rosalba Fernandes da Silva
CRM: 3067
CNS: 206790120300007

Solânea- PB, 07 de Fevereiro de 2018

Rua Prof. Alaíde Silva, nº 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000
Fone/Fax: (0**83) 3363-2257 - Email: hesolanea@hotmail.com





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DE SOLÂNEA

Fórum "Adv. Alfredo Pessoa de Lima"

Fone/Fax: (83) 3363-3376

PROCESSO NÚMERO - 0800807-41.2018.8.15.0461

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [SEGURO]

AUTOR: GERALDO PEREIRA ALVES FILHO

Advogado do(a) AUTOR: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - PB17301

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Advogado do(a) RÉU:

DESPACHO

Concedo a gratuidade de justiça.

Tendo em vista a opção expressamente mencionada de não interesse em audiência de conciliação ou mediação prevista no CPC, determino a citação do promovido para contestar querendo a presente ação no prazo de 15(quinze) dias. Advertindo-o do disposto nos arts. 344 do CPC.

Havendo resposta e se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no art. 337 do CPC, dê-se vista à parte promovente para se pronunciar no prazo de 15(quinze) dias. Decorrido o prazo sem resposta, certifique-se e volte-me concluso para deliberação.



SOLÂNEA 18 de setembro de 2018

Osenival dos Santos Costa

Juiz de Direito

