

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3170412919 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

**CPF/CNPJ:** 05023877426

**Posição em 25-09-2017 11:58:39**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

30/08/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00
------------	--------------	----------	--------------



Secretaria da  
**Segurança e da Defesa Social**  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil  
Central de Policia Civil de João Pessoa



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03796.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03796.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 12 dias do mês de Setembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 11:52 horas, compareceu **ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão ANALISTA DE MANUTENÇÃO, naturalidade Santa Rita, data de nascimento 09 de Março de 1985, idade 31, filiação SANDILEUZA MARTINS DE MESQUITA e ELIEZER LUIZ DE MESQUITA, Documento - CPF: 050.238.774-26, residente R. UMBUZEIRO,125, TIBIRI II, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 98615-8254

#### DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 10/08/14 04:30

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], João Pessoa - PB

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, no dia 10/08/2014, por volta das 04:30 horas, quando ia de carona no veículo de marca FIAT/PUNTO ELX 1.4, de cor Preta, ano 2009/2010, placa - NQD8290/PB, CHASSI: 9BD118121A1098473, Registrado em nome de CLAUDIO REGIS NATOS DE SOUZA, e conduzido por Claudio Regis Natos de Souza, pela AV: Epitácio Pessoa- Bairro da Torre, nesta capital, quando o condutor do referido veículo atingiu outro veículo, vindo a capotar, e em decorrência desse fato o notificante sofreu: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, Sendo socorrido e conduzido pelo Samu, para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital.

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.

João Pessoa (PB) 12 de Setembro de 2016

ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Noticiante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigacao

Procedimento: 03796.01.2016.1.91.000





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

REGIONAL JOÃO PESSOA

192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB



REGIONAL JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO

(ATO DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 609/068, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 399198, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA** idade 27 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Capotamento)** no dia 09/08/2014, na Av. Epitácio Pessoa, Bairro: Expedicionários - João Pessoa - aproximadamente às 05:30 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, 23 de Setembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREIS - Olaria: 10171

**Jefferson da Rocha Augusto**

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

**SAMU 192 JP**

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



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 25/09/2017 15:26:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1709251524067500000009660140>  
Número do documento: 1709251524067500000009660140

Num. 9877389 - Pág. 3

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Eliverton Luiz de Negreiros, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.238.774-26, residente e domiciliado na Rua Umbuzeiro 125 - Tibiri II, Cidade Santa Rita, Estado Pernambuco, 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.

X Eliverton Luiz de Negreiros  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Santa Rita PB - 19/07/2017  
Local e data



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cláudio Regis Matos de Souza,

RG nº 04449936871, data de expedição 06/08/2014, Órgão Detran PB,  
portador do CPF nº 070617004-08, com Domicílio na  
cidade de Santa Rita, no Estado de Paraíba, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Jorn. Tonso de Castro, 7181  
nº 1104, complemento, Quadrado 1B, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Eliverton Luiz de Resende,  
cujo o condutor era Cláudio Regis Matos de Souza.

Veículo: Automóvel

Ano: 2009/2010

Modelo: Fiat Punto ELX 1.4

Placa: NOD 8290 / PB

Chassi: 9BD118121A1098473

Data do acidente: 10-08-2014

Local e data: Santa Rita PB 31-01-2017

X Cláudio Regis Matos de Souza

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Cláudio Regis Matos de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

 Serviço Notarial e Registrável  
DOURADO DE AZEVEDO  
1º Tabelionato de Protesto de Letras

Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 58300-150  
Fone/Fax: (83) 3229-2252  
Santa Rita - Paraíba  
C.N.P.J.: 09.308.628/0001-23

Reconheço, como autêntica a verdadeira, a(s) Firma(s) de:

CLAUDIO REGIS MATOS DE SOUZA

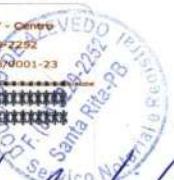
En test. da verdade, Santa Rita-PB 31/01/2017 12:03:57

Cinthia Santos Coutinho - Substituta

[2017-000826]EMOL:R\$ #9,23 FAROLH:R\$ 0,77 FEPJ:R\$ 1,85

SELO DIGITAL: AEQ01829-IICO

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <i>Eliverton Luiz de Moraes</i>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:		Data da alta: <i>18/08/14</i>			
Diagnóstico inicial: <i>Fistula de Mandíbula</i>			Diagnóstico final: <i>(SU20)</i>		
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <i>Luz-regist/Nas L</i>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Dr Leonardo Pava (16/08/14)</i>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Permitir com fistula amplia de mandíbula submucosa a cirurgia para reduzir excesso da fistula</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Reposo:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <i>11 de 09 de 14</i> Ass. Médico / CRM _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



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 Eliwerton Luiz de Mesquita

DATA DE NASCIMENTO 09/03/85

NOME DA MÃE Sandileuza Martins de Mesquita

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 82678

BOLETIM DE ENTRADA N.º 774390

DATA DO ATENDIMENTO 10/08/14

HORA DO ATENDIMENTO 05:14

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de automóvel

DIAGNÓSTICO (S) Fratura complexa de mandíbula

CID 10 S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente automobilístico (capotamento) refere perda transitória da consciência, glasgow 12, pupilas iso/foto, movimentação ativa de membros. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, coluna cervical, face, mandíbula.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

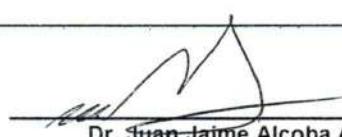
Fratura complexa de mandíbula

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula

ALTA HOSPITALAR: 18/08/14

DATA DA EMISSÃO: 24/10/14

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

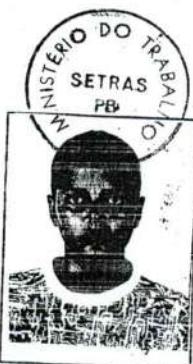
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 96.430 Série 000.25 PB



Elizentan Luis de Mesquita  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Elizentan Luis de Mesquita  
Loc. Nasc. Santo Antônio Est. PB Data 09/03/1856  
Filiação Elizentan Luis de Mesquita  
Doc. Nº Nas. 33.775 Pla. 139. Uv. 29

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs. ....  
Data Emissão 05/04/10 DRT



Oliveira  
Assinatura do Funcionário  
Maria Sicone de Oliveira  
Mat. 76.421-4

AL  
(Con

Nome. ....

Doc. ....

QR



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

CPF

Nº do CPF: **050.238.774-26**

Nome: **ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA**

Data de Nascimento: **09/03/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/09/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:20:16** do dia **20/07/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **66E5.9679.73E2.8492**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Seguradora Líder • DPVAT

## 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 rastros, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Eliverton Luiz de Mesquita  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 96430 EXPEDIDO POR DRT/PIB EM 05/04/2001  
 CPF 05023847426 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recluso  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recluso • ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA  
Eliverton Luiz de Mesquita 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 Lotéricas 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3141-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0009906-6

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

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

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.

Santa Rita 19 de julho de 2017

LOCAL E DATA

X Eliverton Luiz de Mesquita

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.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eliwendom Luiz de Mesquita

RG nº 96430, data de expedição 05/04/2009 Órgão DRT/PIB

CPF nº 050238474-26, 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 Umbuzeiro</u>
Número	<u>125</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tibiri II</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 986150254 - (83) 987085151</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita/PIB - 19/07/2017

Assinatura do Declarante: X Eliwendom Luiz de Mesquita



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6899331

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERV COS

MAI/2017

SANDILEUZA M DE MESQUITA  
RUA UMBUZEIRO 125MUNICÍPIOS 58300-970  
SANTA RITA.

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.08.055.0077	0	1	0	0	0	6899331
Hidrômetro Y04X066785	Data de Instalação 25/09/2004	Localização 4	Situação Água IGADO	Situação Esgoto POTENCIAL		

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (m³)		NUM. DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
243		244		1		21		24/06/2017	
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.									
NOV/2016	3	42	PARA METROS	XIG.	ANALIS.	CONFORTES			
DEZ/2016	3	0	COL. TOTAIS	79	120	120			
JAN/2017	3	0	CLORO	79	120	120			
FEV/2017	3	42	COL. TERMOT.	0	0	0			
MAR/2017	3	42	TURBIDEZ	79	119	119			
ABR/2017	3	42	COR	20	119	119			
MEDIA(H)	3		DADOS REFERENTES A MAR/2017						

DATA DA LEITURA: 26/05/2017	HORA DA LEITURA: 09:06:07
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³	VL ÁGUA VL ESGOTO
	TOTAL(R\$)
047-JUROS DE HORA	R\$0,11
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$0,73

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

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
07/06/2017	R\$37,68

v 16.11 R. 10

POSICAO DE LEITURA: REAL / ADA  
CAGEPA DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMALPOSICAO DE DEB. ANTERIOR(S):  
NAO EXISTE(S) CONTAS(S) ANTER. EN DEBITO

INFORMACOES GERAIS:

Em conformidade com art.3 da lei 12.007/2009, informamos que não  
há pendencia ou fatura vencida para este matrícula.  
Esta declaração substitui a comprovação  
das faturas pagas com vencimento ate 31/12/2016.

## • PROCURAÇÃO

**OUTORGANTES:** ELINERTON LUIZ DE MESSIAS VITA, BRASILEIRO, ANALISTA DE MANUTENÇÃO, PORTADOR DA CTPS N° 96430 MRT/PR E CPF N° 050.238.744-26, RESIDENTE E MAMÔCILANDIA NA RUA UMBUZIRO, N° 125, MUNICÍPIO, SANTA RITA/PB, CEP 58302-095

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

**OUTORGADO:** Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 11 de Setembro de 2017.

x El. J. L. d. M. Vito  
OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

ELIWERTON LUIZ DE MESSIAS FILHO, BRASILEIRO, ANALISTA DE MANUTENÇÃO, PORTADOR DA CTPS Nº 96430 MRT/PB E CPF Nº 050.238.744-36, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA UMAUZEIRO, Nº 125, MUNICÍPIO DE SANTA RITA/PB, CEP 58302-095.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, de que não posso arcar com à custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 11 de Setembro de 2017.

x Eliwerton Lui d. M. Filho  
DECLARANTE





**Poder Judiciário da Paraíba  
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0847896-33.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

**Vistos, etc.**

**Defiro** o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

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

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar 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.

Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito



## JUNTADA DE CARTA DE CITAÇÃO



Assinado eletronicamente por: DIANA CRISTINA SANTOS - 18/07/2019 16:56:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071816563616500000022144287>  
Número do documento: 19071816563616500000022144287

Num. 22827158 - Pág. 1

Successfully created



*Baee*  
Maria das Graças Bezerra Paiva  
Mat 470.732-0  
18.07.19

**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
17ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO N° 0847896-33.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[SEGURO]

AUTOR: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**CARTA DE CITAÇÃO**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, com endereço: **Avenida Presidente Epitácio Pessoa\_\*\*, 723, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000**, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 222 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 285 do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

JOÃO PESSOA-PB, 14 de junho de 2019.

DIANA CRISTINA SANTOS  
Técnico Judiciário

14/06/2019 08:49



Assinado eletronicamente por: DIANA CRISTINA SANTOS - 18/07/2019 16:56:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071816563859200000022144291>  
Número do documento: 19071816563859200000022144291

Num. 22827162 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: DIANA CRISTINA SANTOS - 18/07/2019 16:56:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071816563859200000022144291>  
Número do documento: 19071816563859200000022144291

Num. 22827162 - Pág. 2

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O ID 9875453**



Assinado eletronicamente por: **DIANA CRISTINA SANTOS**

**14/06/2019 08:49:39**

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

ID do documento: **22011831**



19061408493976400000021374943

[imprimir](#)



Assinado eletronicamente por: **DIANA CRISTINA SANTOS - 18/07/2019 16:56:40**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071816563859200000022144291>

Número do documento: **19071816563859200000022144291**

14/06/2019 08:49

Num. 22827162 - Pág. 3