

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

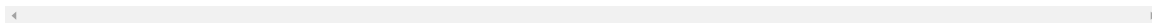
BENEFICIÁRIO ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

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 Polícia Civil de João Pessoa



GOVERNO
DA PARAÍBA



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 Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSEDIT 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)

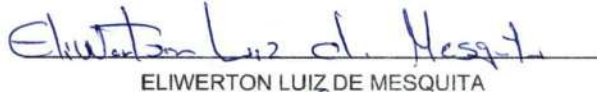
Local do Fato: [NÃO INFORMADO], João Pessoa - PB

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

Notificante


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

Procedimento: 03796.01.2016.1.91.000





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

Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

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 - Cric: 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, Elwerton Luiz de Mesquita,
portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o
nº 050238744-26, 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
- (X) 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 Elwerton Luiz de Mesquita
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Regis Matos de Souza,
RG nº 04449936871, data de expedição 06/08/2014, Órgão Detran PB,
portador do CPF nº 070.617.004-08, com Domicílio na
cidade de Santa Rita, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Joam. Tenso de Castro Tibiri
nº L104, complemento, Quedre 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 Resgate,
cujo o condutor era Claudio Regis Matos de Souza.

Veículo: Automóvel
Ano: 2009/2010
Modelo: Fiat Punto ELX 1.4
Placa: NOD 8290/PB
Chassi: 9B7118121A1098473
Data do acidente: 10-08-2014

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

X Claudio Regis Matos de Souza
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Claudio 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 Registral
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2292
Santa Rita - Paraíba
C.N.P.J.: 09.308.626/0001-23

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
CLAUDIO REGIS MATOS DE SOUZA
Em test. da verdade, Santa Rita-PB 31/01/2017 12:03:57
Cynthia Santos Coutinho - Substituta
[2017-000826]JEMOL-R\$ R\$9,23 FAREJOS 0,27 FEPJ-R\$ 1,85
SELO DIGITAL: AEO01828-IICO
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.rs.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: <u>Eliverton Luiz de Moura</u>			Registro: <u>150261</u>		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:			Data da alta: <u>18/08/14</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Fistula de Mandibula</u>			<u>(150261)</u>		
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
<u>Laes requeridas</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>Dr. Leonardo Pava (16/08/14)</u>					
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:					
<u>Paciente com fistula complexa de man-</u> <u>duibula submetido a cirurgia para redução</u> <u>fixar a fistula.</u>					
Dieta: _____					
Repouso: _____					
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: <u>18</u> de <u>08</u> de <u>14</u>					
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





Número 96.430

Série 00025 PL

1. Olivier Luy de Menezes
/ ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Olimberton suiz de Obesquita.*
 Loc. Nasco *Santa Rita* Est. *PE* Data *09.03.85*
 Filiação *Heizer suiz de Obesquita*
Grandiluzza Obardins de Obesquita
 Doc. Nº *0111033 775 Mo. 139 liv. 29*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 05 / 04 / 01 DRT

Assinatura do Funcionário
Maria Sicione de Oliveira
Mat. 78.421-4



AL
(Com

Nome ..
Doc.

Nome ..
Doc.

Nome ..
Doc.

Nome ..
Doc.

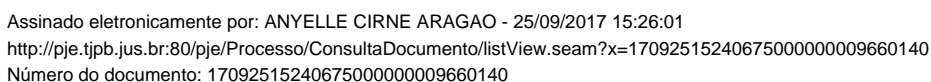
Est. Civi
Doc.

Est. Civi
Doc.

Est. Civi
Doc.

Nascimento
Doc.

Doc.





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**

Digito 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.)





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, por
EU, teiwenton Luiz de Mesquita

PORTADOR(A) DO RG Nº 96430 EXPEDIDO POR DRT/ PB EM 05/04/2009

CPF 05023847426 /CNPJ PROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou *) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

Bluerton Luiz de Mesquita AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- 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 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3141-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0009906-6

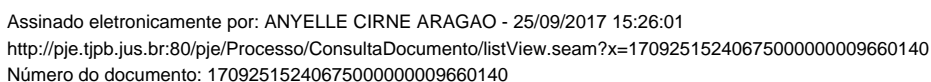
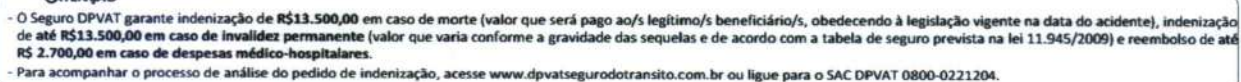
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita 19 de julho de 2017

x Elisete Lira d. Mesquita
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eliwerton Luiz de Mesquita

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

CPF nº 050238444-26, 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 #</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de Contato	<u>(03) 986158254 - (03) 987085151</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: X Eliwerton Luiz de Mesquita





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6899331

REFERÊNCIA

MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

SANDILEUZA M DE MESQUITA
RUA UMBUZEIRO 125

MUNICÍPIOS

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	Data de Instalação		Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y04X066785	25/09/2004		4	LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DI	DIAS	PROXIMA LEITURA
243	244	1	2	1	24/06/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.					
NOV/2016	3	42	PARAMETROS	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2016	3	0	COL. TOTAIS	79	120 120
JAN/2017	3	0	COLOR.	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
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 36,4 R\$36,84
047-JUROS DE MORA	R\$0,11
050-ACRESCIMOS(5) MES(ES) ANT.	R\$0,73

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

VENCIMENTO:

07/06/2017

Total a Pagar:

R\$37,68

v. 16.11 R. 1.0



DECLARAÇÃO DE LEITURA REALIZADA
CAGEPA: CAOS DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(1) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO

INFORMACOES GERAIS:

Em conformidade com art.3 da lei 12.007/2009, informamos que nao ha pendencia ou fatura vencida para este matricula.
Esta declaracao substitui a comprovacao das faturas pagas com vencimento ate 31/12/2016.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: ELINERTON LUIZ DE MESQUITA, BRASILEIRO, ANALISTA DE MANUTENÇÃO, PORTADOR DA CTPS Nº 96430 DRT/PB E CPF Nº 050.238.744-26, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA UMBUZEIRO, Nº 125, MUNICÍPIO, SANTA RITA/PB, CEP 59302-075

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, Hérica 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. Wt. L. d. Mesqta
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

ELIWERTON LUIZ DE MESAQUITA, BRASILEIRO, ANALISTA DE MANUTENÇÃO, PORTADOR DA
CTPS Nº 96430 MRT/PB E CPF Nº 050.838.774-26, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA UMBU-
ZEIRO, Nº 125, MUNICÍPIOS, 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, que não posso arcar com a 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 Luiz de Mesquita
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

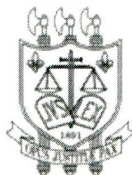
Juiz(a) de Direito



JUNTADA DE CARTA DE CITAÇÃO



Successfully created



Maria das Graças Bezerra Paiva
Mat 470.732-0
13.07.19

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

PROCESSO Nº 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





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