

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

DAMIÃO ROGÉRIO DE SOUZA FAUSTINO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESEM-
PREGADO, INSCRITO NO RG: 4446832, PORTADOR DO CPF: 713221074
24, RESIDENTE E DOMICILIADO À

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

Campina Grande - PB, 18 de Julho de 2019.

DAMIÃO ROGÉRIO DE SOUZA FAUSTINO
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Digitalizada com CamScanner



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 004.322.270



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Ins. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE SOUZA FAUSTINO
SIT CRAIBEIRAS S/N
FAGUNDES

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/181849-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	02/08/2019	76	12/08/2019	R\$ 64,25

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00309.058170 8 797900000006425				
Pagador: MARIA DE SOUZA FAUSTINO CNPJ/CPF: 022.154.404-65				
SIT CRAIBEIRAS S/N - AREA RURAL - FAGUNDES / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000309058	000181849201908	12/08/2019	R\$ 64,25	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Digitalizada com CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.446.832 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2016

NOME DAMIÃO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

FILIAÇÃO ANTONIO FAUSTINO NETO
MARIA DE SOUZA FAUSTINO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 27/09/2000

DOC ORIGEM NASC.N.19800 FLS.163 LIV.A 19

CARTORIO FAGUNDES PB

CPF 713.221.074-24

Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 27/08/2020 13:38:51

Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 27/08/2020 13:38:51

Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 27/08/2020 13:38:51

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-059

DAMIÃO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

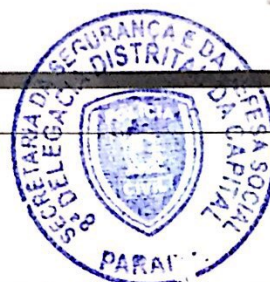
Digitalizada com CamScanner





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,**



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1299 /2019, na mesma continha o seguinte teor: 11 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 09:30 horas, compareceu o Sr. **Damião Rogério de Souza Faustino**, portador da cédula de identidade nº 4 446.832 Sds/PB, CPF nº 713.221.074 – 24, brasileira, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 19 anos de idade, filho de Antonio Faustino Neto e de Maria de Souza Faustino, agricultor, residente no Sítio Craiberas, zona rural de Fagundes-PB, casa s/nº, próximo a Bom Sucesso, o qual notificou que, na tarde do dia 14 de julho de 2019, por volta das 13:14 horas aproximadamente, conduzia a motocicleta Honda 250-Tornado, ano e modelo 2003, cor azul e placa MOV 0671 PB, identificada pelo chassi nº 9C2MD34003R101517, cadastrada em nome de Denilson Cordeiro de França e, nas imediações do Balneário na cidade de Galante-PB, precisamente nas proximidades da Piscina do Lira, foi surpreendido com uma lombada, freou bruscamente e assim, esta derrapou, provocando-lhes uma queda, consequentemente, o Notificante foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes na cidade de Campina grande-PB, onde foi submetido a procedimentos cirúrgicos. Conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 11 de dezembro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

x Damião Rogério de Souza Faustino

Digitalizada com CamScanner



31/07/2019

10.1.1.148/projetohlctg/imprimevo.php?datasai=2019-07-31&contar=1943618&IDC=32821



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Horas: 11:22:26

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019 DI - 17

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CURATIVO	
3	RADIOGRAFIA DE CONTROLE	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
8	DESLORATADINA 5 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 11:21:39

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+) SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FERIDAS, PRESCREVO CEFALOXINA 500MG VO 6/6H POR 10 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIS

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MG ORTOPEDIA
CRM - PB 6923

Digitalizada com CamScanner



31/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4760 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 31/07/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03 NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data da Internação: 14/07/2019

Data da Alta: 31/07/2019

Registro: 1943618

Tempo de Permanência: -18092

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: *Fx Ombro Direito*

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA + BANDA DE TENSAO

Data: 30/07/2019

Enfermeiro:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC), COM DOR, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MEMBROS SUPERIORES DIREITO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FERIDAS

Medicações para Casa: PRESCREVO CEFALOXINA 500MG VO 6/6H POR 21 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 31/07/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - PB 2026

10.1.1.148/projetohtcg/impressumalta.php?contar=1943618

1/1

Digitalizada com CamScanner



30/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Everlan Da Silva Meira

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 30/07/2019



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 41965

DATA DA CIRURGIA: 30/07/2019

Número do Atendimento: 1943618 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data da Internação: 14/07/2019

Atendimento: 1943618

Diagnostico Pré-Operatório: fx olecrano d

Diagnostico Pós-Operatório: 0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 30/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO POSTERIOR COTOVELO D+ DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE OLÉCRANO

6- FIXAÇÃO COM DOIS FIOS DE KIRSHNER 2.0 + FIO DE CERCLAGEM, (BANDA DE TENSÃO).

7- LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

8- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Data 30/07/2019

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

10.1.1.148/projetohtcg/impredecri.php?ID=3018&contar=1943618

1/1

Digitalizada com CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/07/2019

Horas: 14:28:08

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 20/07/2019 HORA: 14:26:44

#ORTOPEDIA#

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+) SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM COTOVELO DIREITO.

CONDUTA:

- . P.M.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA PROGRAMAR CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Ana Maria Da Silva Anselmo
M. Ortopedia e Traumatologia
CRM 125.1825

Digitalizada com CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0454933129	CPF da vítima: 713.221.074-24	Nome completo da vítima: Damião Rogério de Souza Faustino
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Damião Rogério de Souza Faustino		CPF: 713.221.074-24
Profissão: Receio	Endereço: Sítio Charbemas	Número: SIN Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Fagundes	Estado: PB CEP: 58487-000
E-mail:		Tel. (DDD): (83) 98805.6654

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 555075	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Fazenda, 17/12/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____
Damião Rogério		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SINISTRO 3190703791 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO**CPF/CNPJ:** 71322107424**Posição em 27-08-2020 09:43:54**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL

Processo nº 0815032-20.2020.8.15.0001

DESPACHO

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser apazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

Diligências necessárias.

Campina Grande, data eletrônica.

Wladimir Alcibíades Marinho Falcão Cunha

Juiz de Direito

