



WALCIDES MUNIZ

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO PARA FÔRO EM GERAL

MARISO SILVA DO NASCIMENTO, brasileiro(a), agricultor(a), portador(a) do RG: 1.515.456 SSP/PB e CPF: 035.517.454-55, residente no Sítio Ribeiro de Baixo, s/n – Área Rural, Alagoa Grande-(PB), pelo presente instrumento particular de procuração a rogo, conforme art. 595, do CC e entendimento do CNJ nos autos do Procedimento Administrativo n.º 0001464-74.2009.2.00.0000, subscrito por duas testemunhas, nomeia e constitui seus bastante Procuradores e Advogados, os Beis: WALCIDES FERREIRA MUNIZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 3.307, JÚLIO CÉSAR DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.326, CAIO CÁSSIO DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.284, MARCUS VINÍCIUS DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 20.628, todos com endereço profissional na Rua Dom Pedro II, n.º 100, na cidade de Alagoa Grande (PB); aos quais confere poderes para o foro em geral, nos termos do artigo 105 do Código de Processo de Civil, representando-o perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes e para fins especiais de: **PROPOR EM FAVOR DO OUTORGANTE AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

Alagoa Grande, 20 de Novembro de 2019.

OUTORGANTE

Isabella Lima de B. Lima
TESTEMUNHA 1 – RG n.º
CPF 303.699.694-28

TESTEMUNHA 2 – RG n.º

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

O outorgante **DECLARA** nos precisos termos do art. 1.º da Lei 7.115/83 (prova documental), perante o Juízo desta Comarca, na forma da Lei 1.060/50, que não pode o pagar custas processuais, sem causar como consequência prejuízo ao sustento próprio e de sua família.

Declara ainda, ser conhecedor das sanções cíveis, administrativas e criminais (art. 2.º da declinada lei), caso o presente documento não porte a verdade.

☎ 83 3273-2455/83 99118-6844 ✉ wm.advogados@outlook.com 📍 Rua Dom Pedro II, 100, Centro - Alagoa Grande/PB - CEP: 58388-000



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 515 456 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/09/2019

NOME: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO: SEVERINO JOVENTINO DO NASCIMENTO MARIA DE LOURDES BENVENUTO DA SILVA

NATURALIDADE: ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO: 08/08/1970

DOC ORIGEM: CERT. CAS. C/ AVERB. Nº0003873 - LIV.00013 - FLS.009 - CARTORIO ALAGOA GRANDE-PB.

CPF: 035.517.454-55

Idoso Pessoa - PB

LEI Nº 7.111 DE 29/08/83

O+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-262

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/1970 MUNICÍPIO: ALAGOA GRANDE/PB DATA DE EMISSÃO: 22/06/2017

ZONA: 009 SEÇÃO: 0033

JUIZ ELEITORAL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUIZ ELEITORAL





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190590803

3 - CPF da vítima:

035.517.454-55

4 - Nome completo da vítima:

MARISO SILVA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

MARISO SILVA DO NASCIMENTO

6 - CPF:

035.517.454-55

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SÍTIO RIBEIRO DE BAIXO

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

ALAGOA GRANDE

13 - Estado:

PARAIBA

14 - CEP:

58.388-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5770 3

CONTA: 8587

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorciado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (al nascido)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ 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.

34

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.073.054-05

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Severino Pereira da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: GENILDO SILVA DE SOUSA

CPF: 035.441.654-40

* Genildo Silva de Sousa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: IVANILDO SILVA DE SOUSA

CPF: 063.501.734-22

* Ivanildo Silva de Sousa

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ALAGOA GRANDE, 09-10-2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

/002/2019

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 27/05/2020 10:38:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052710381707300000029784093

Número do documento: 20052710381707300000029784093

Num. 31029319 - Pág. 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 494/2019

Aos VINTE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:35min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

MARISO SILVA DO NASCIMENTO, conhecido(a) por _____, Identidade nº 1515456, 2º VIA-SSP/PB, CPF Nº 035.517.454-55, nacionalidade brasileira, estado civil: união estavel, profissão: Agricultor, filho(a) de Severino Joventino do Nascimento e de Maria de Lourdes Benvenuto da Silva, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 08/08/1970 (49 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ribeiro de Baixo, zona Rural, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de ALAGOA GRANDE, fone(s) para contato(83)993758003(FÁTIMA).

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:** 13/07/2019.
- 3) **Horário do fato:** 11:00HS
- 4) **Local do fato:** PB-075, logo após a ponte da saída deste município de Alagoa Grande, nas proximidades do sítio Maria da Penha.

5) Breve resumo do fato:

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado estava conduzindo sua motocicleta HONDA POP 100, DE PLACA MON 1285/PB, CHASSI: 9C2HB02109R008890, DE COR VERMELHA, ANO/MODELO 2008/2009, registrada em nome de sua filha MARIA ANGELA SOARES DO NASCIMENTO, na PB-075, com destino a sua residência, quando estava chegando na altura do sítio Maria da Penha, passou por um buraco que havia na rodovia e perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo; Que com a queda o NOTICIANTE teve fraturas no membro superior esquerdo e teve o uma parte do seu pé esquerdo decepado; Que o NOTICIANTE foi socorrido por uma unidade do SAMU onde passou pelos primeiros socorros e em seguida foi transferido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, em Campina Grande; Que ao chegar no Hospital de Trauma o NOTICIANTE foi submetido a duas cirurgias, sendo uma em seu braço esquerdo e outra em seu pé esquerdo; Que com o acidente o NOTICIANTE perdeu mais da metade de seu pé esquerdo; Que o NOTICIANTE recebeu alta médica no dia 18/07/2019 e retornou para sua residência.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

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

MARISO SILVA DO NASCIMENTO
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.464-3

Modelos_Delegado_JLHMLTD





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190590803

Vítima: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000005770-3

Conta: 000008587-1

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Pag. 00293/00294 - carta_15R - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190590803

Vítima: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARISO SILVA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15012803

Pag. 0146101462 - carta_01 - INVALIDEZ





ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 17698753/0001-1 TEL: (83) 3273-2240

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA – SAMU 192
ALAGOA GRANDE- PB**

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o Sr. MARISO SILVA DO NASCIMENTO foi atendido no dia 13/07/2019 pela Unidade de Suporte Básica de Vida deste serviço, vítima de acidente de moto, o mesmo encontrava-se consciente, orientado apresentando e segundo o paciente, colidiu com outra moto, porém não foi encontrada no local. Realizado protocolo de imobilização do SAMU sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma de Campina Grande/PB para avaliação radiológica e possível tratamento.

Alagoa Grande, 01 de agosto de 2019.




Coordenador - Samu
Ítalo Agra


ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA



COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 003.0.20.01786/01
			Data de emissão: 27/05/2020
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/05/2020
Número da guia: 003.2020.601786 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 517,80 Promovente: Mariso Silva do Nascimento - Taxa Judiciária: R\$ 101,25 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: Seguradora Lider dos Consorcios DPVAT - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - Para gerar nova guia, acessar app.tjpb.jus.br/custasonline, e escolher opção Consultar Guia.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 632,40
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 324009283189 520200531009 302001786011 			Valor final: R\$ 632,40

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 003.0.20.01786/01
			Data de emissão: 27/05/2020
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/05/2020
Número da guia: 003.2020.601786 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,78
Promovente: Mariso Silva do Nascimento Promovido: Seguradora Lider dos Consorcios DPVAT			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas: R\$ 12,00			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 632,40
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 632,40

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 003.0.20.01786/01
			Data de emissão: 27/05/2020
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/05/2020
Número da guia: 003.2020.601786 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 517,80 Promovente: Mariso Silva do Nascimento - Taxa Judiciária: R\$ 101,25 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: Seguradora Lider dos Consorcios DPVAT - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - Para gerar nova guia, acessar app.tjpb.jus.br/custasonline, e escolher opção Consultar Guia.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 632,40
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 324009283189 520200531009 302001786011 			Valor final: R\$ 632,40





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2020.601786

Data Vencimento: 31/05/2020

Data Emissão: 27/05/2020

Comarca: Alagoa Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: Mariso Silva do Nascimento

Promovido: Seguradora Lider dos Consorcios DPVAT

Valor da Causa: R\$ 6.750,00

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 517,80

Taxa: R\$ 101,25

Total da Guia: R\$ 631,05

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801430-66.2020.8.15.0031

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro em favor da parte autora o benefício da gratuidade processual (art. 98 do CPC).

Em cumprimento ao Ato Normativo Conjunto n. 002 e 004/2020/TJPB/MPPB/DPE-PB/OAB-PB, o qual dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo Coronavírus (COVID-19), ficam suspensas a realização de audiências, de sorte que prejudicado o agendamento do ato processual previsto no art. 334 do CPC.

Assim sendo, CITE-SE a parte demandada para apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias, contestação, informando, na referida peça processual, acerca da possibilidade de acordo.

Providências necessárias.

ALAGOA GRANDE-PB, data e assinatura eletrônica.

JOSÉ JACKSON GUIMARÃES

Juiz de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE

0801430-66.2020.8.15.0031

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MARISO SILVA DO NASCIMENTO

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Fica a parte promovida, através de seu Procurador Geral, devidamente citado para apresentação de contestação, no prazo de 15 dias. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Informar, na referida peça processual, acerca da possibilidade de acordo.

Alagoa Grande-PB, 9 de julho de 2020

GILVAN LINO DOS SANTOS

Técnico(a) Judiciário(a)

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:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	2005271038155460000002978
01 Petição Inicial	Documento de Comprovação	2005271038166370000002978
02 Procuração e Documentos Pessoais	Documento de Comprovação	2005271038168610000002978
03 Cópia do Requerimento Administrativo	Documento de Comprovação	2005271038170730000002978
04 Acompanhamento do Requerimento Administrativo	Documento de Comprovação	2005271038174920000002978
05 Declaração do SAMU	Documento de Comprovação	2005271038176900000002978
06 Guia de Custas	Documento de Comprovação	2005271038178660000002978
Despacho	Despacho	2006091227042110000003012

