



Número: **0801675-64.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **25/09/2017**

Valor da causa: **R\$ 22705.03**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ROBERTA LIMA ONOFRE
AUTOR	ENILDO SILVA DE COUTO
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
RÉU	PROSFRAG PRONTO SOCORRO DE FRATURA DE GUARABIRA LTDA - EPP

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9873335	25/09/2017 13:50	<a href="#">comprovante de residencia</a>	Outros Documentos
9873350	25/09/2017 13:50	<a href="#">declaração de pobreza</a>	Outros Documentos
9873359	25/09/2017 13:50	<a href="#">procuração</a>	Outros Documentos
9873376	25/09/2017 13:50	<a href="#">processo administrativo</a>	Outros Documentos
13361864	03/04/2018 09:01	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
18571897	09/01/2019 11:44	<a href="#">Certidão</a>	Certidão

**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**

68523670

**REFERENCIA**

DEZ/2015

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LINDALVA SOUSA DE OLIVEIRA  
TV RODRIGUES DE CARVALHO 25

CENTRO

58280-000

MAMANGUAPE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
0017-02-200-0419	0	1	0	0	0	68523670
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A017/012697	18/01/2006	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
966	974	8	29	16/01/2016		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS						
JUN/2015	8	0	NUMERO DE AMOSTRAS			
JUL/2015	8	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2015	8	2	COLIFORMES	46	48	48
SET/2015	8	7	COLIFORMES	0	0	0
OUT/2015	9	8	COR	10	12	12
NOV/2015	9	8	TURBIDEZ	46	48	48
MEDIA(M)	8	DADOS REFERENTES A: OUT/2015				

DATA DA LEITURA: 17/12/2015	HORA DA LEITURA: 13:56:59		
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³	10	26,93	R\$26,93
047-JUROS DE HORA			R\$0,29
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$0,55

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$2,49 IPTU E COFINS LET 12.741/12

VENCIMENTO:

29/12/2015

Total a Pagar:

R\$27,77

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Emildo Silva de Couto, brasileiro, casado,  
vigilante, RG nº 1522606, endereço Rua Profetada, s/n,  
Planalto, Mamanguape/PB

**declara**  
para o fim de obtenção do benefício de assistência judiciárias, nos  
precisos termos do art. 1º da lei n.º 7.115, de 20 de agosto de 1983  
e Lei nº 1.060/50, perante a comarca de João Pessoa -PB, que não  
pode arcar com as custas judiciais, sem prejuízo de suas obrigações,  
daí porque sua situação econômico-financeira não lhe permite pagar  
custas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do  
sustento próprio ou da família.

Declara, ainda, que é conhecedor das sanções civis,  
administrativas e criminais (art. 2º da supracitada lei), caso o  
presente documento não porte verdade.

Mamanguape/PB, 29 de agosto de 2016.

Emildo Silva de Couto  
**Declarante**



**ONOFRE RAMOS**  
ADVOGADOS

Av. Almirante Barroso, Vila Empresarial, 600, Sala 903, Centro, João Pessoa, Paraíba

Rua Francisco Araújo, 35, Centro, Mamanguape, Paraíba

Fone: 3031.9331 | 8714.2159 | 9132.5995 | 9682.5221

*robertaonofre@gmail.com*

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET AD NEGOTIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE:**

ENILDO SILVA DE COUTO, BRASILEIRO, CASADO, VIGILANTE,  
RG nº 1522606, DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, SIN,  
PLANALTO, MAMANGUAPE/PB

\_\_\_\_\_, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui como seu bastante procurador:

**OUTORGADO: ROBERTA ONOFRE RAMOS**, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/PB nº13425, residente e domiciliado, nesta capital, com escritório em **João Pessoa-PB**: Av. Almirante Barroso, 600, SL.903, Edf. Villa Empresarial, Centro, CEP 58013-120. **Mamanguape-PB**: Rua Francisco Araújo, 35, Centro. CEP 58280-000 Fone: (83) 30319331, 87142159 (Oi), 91325995 (Claro), 96825221 (Vivo), 9918-8844 (Tim) *robertaonofre@gmail.com*.

**PODERES:** : para os quais confere os mais amplos poderes para representá-lo no Foro em geral e ilimitado, com a cláusula "AD-JUDICIA ET AD NEGOTIA ET EXTRA", para em qualquer instância judicial e/ou nos atos extra judiciais, nos termos do Art.38 do Código de Processo Civil, possa defender os interesses e direitos do outorgante, ajuizar ações na esfera **cível, trabalhista, tributário, juizado especial, bancário, Dpvt, previdenciário, administrativo, criminal**, etc, bem como com esta se apresentar e se necessário for, tratar dos assuntos referente, que a OUTORGANTE tem direito, assinando quaisquer documentos, bem como, em qualquer instância ou Tribunal, na esfera administrativa ou judicial, perante as pessoas jurídicas de direito público, privadas e pessoas físicas, agindo em defesa dos seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando dos recursos e acompanhando-os em conjunto ou separadamente, independente da ordem de nomeação, podendo, ditos procuradores propor e variar ações, requerer, acordar e discordar, desistir, transigir, **receber alvará judicial**, firmar compromissos, arrolar testemunhas, substabelecerem todo ou em parte, praticando, enfim, todos e quaisquer atos necessário ao fiel desempenho deste mandato e especialmente para acompanhar junto a Companhia de Seguros competentes, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente), podendo para tanto, dito procurador, da entrada no processo de sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhes poderes para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, com poderes específicos para receber alvará judicial, responsabilizando-se por todos os atos praticados no cumprimento deste instrumento, cessando os efeitos deste a partir da extinção do seu objetivo e interesse do outorgante.

28 de agosto de 2016, Mamanguape/PB

x Enildo Silva de Couto - outorgante,



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Enildo Silva de Couto  
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: trabalhador Nº DO RG: 1.522.626 SSP-PB  
ORGÃO EMISSOR: SSPPB DATA DE EMISSÃO: 1/1/  
Nº CPF: 045.914.204-69 ENDEREÇO: Rua Proletária,  
blm, Planalto, Mamanguape

**OUTORGADO:** Roberto Guedes Romão  
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: advogado Nº DO RG: 2670826  
ORGÃO EMISSOR: SSPPB DATA DE EMISSÃO: 1/1/  
Nº CPF: 045.914.204-69 ENDEREÇO: R. Pimentão  
Barro, 609, São José, Centro, 50000-000 PB

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Enildo Silva de Couto, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Mamanguape, 06 de fevereiro de 20 2016.

  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

### CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ENILDO SILVA DE COUTO  
Dou fé. Mamanguape/PB - 06/09/2016  
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Emol R\$ 8,49, FARPEN R\$ 0,25, MP R\$ 0,14, FEPJ R\$ 1,56  
Selo Digital: ADW77566-SNGP  
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>





CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi  
exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).  
Mamanguape/PB-02/02/2016  
Selo Digital:ACU02747-ETRZ  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ENILDO SILVA DE COUTO,  
RG nº 1 522 606, data de expedição 28 / 11 / 1989,  
Órgão SSP - PB, CPF nº \_\_\_\_\_, 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  
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>PLANALTO</u>
Cidade	<u>MAMANGUAPE</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	
Telefone de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MAMANGUAPE / PB, 29 / 08 / 2016.

  
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ENILDO SILVA DE COUTO, portador da carteira de identidade nº 1522606 e inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/N, PLANALTO, Cidade MAMANGUAPE, Estado PARAÍBA, 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.



Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Mamanguape / PB, 29/08/2016

Local e data



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 rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EMILDO SILVA DE COUTO,  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.522.606 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 23 / 11 / 1999 E  
 CPF 00000000000-00 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO VIGILANTE  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EMILDO SILVA DE COUTO, 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2004-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 874952-3

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.

Mamanguape, 29 de agosto de 2016  
 LOCAL E DATA

Emildo Silva de Couto  
 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.  
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB  
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente ENILDO SILVA DE COUTO, vigilante, brasileiro, portador do RG: 1.522.606 SSP-PB, residente e domiciliado à rua Projetada s/n, bairro Planalto, município de Mamanguape-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 30/08/2014, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio esquerdo CID 10 S52.3, com quadro clínico exame realizado raios x do punho esquerdo e imobilização tipo tala gessada membro superior, encaminhado para Hospital de Trauma (Senador Humberto Lucena), para procedimento cirúrgico, conforme ficha de atendimento ambulatorial Nº 319.710/2014, em nossos arquivos.

Guarabira, 31 de agosto de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
Pronto Socorro de Fraturas  
Guarabira - Paraíba





**ONOFRE RAMOS**  
ADVOGADOS

Av. Almirante Barroso, Vila Empresarial, 600, Sala 903, Centro, João Pessoa, Paraíba

Rua Francisco Araújo, 35, Centro, Mamanguape, Paraíba

Fone: 3031.9331 | 8714.2159 | 9132.5995 | 9682.5221

[robertaonofre@gmail.com](mailto:robertaonofre@gmail.com)

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET AD NEGOTIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE:**

EMILDO SILVA DE COUTO, BRASILEIRO, CASADO, VIGILANTE,  
RG nº 1522606, DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N,  
PLANALTO, MAMANGUAPE/PB

\_\_\_\_\_, pelo presente instrumento particular de procuração,  
nomeia e constitui como seu bastante procurador:

**OUTORGADO: ROBERTA ONOFRE RAMOS**, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/PB nº 13425, residente e domiciliado, nesta capital, com escritório em João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, SL 903, Edf. Villa Empresarial, Centro, CEP 58013-120. Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro, CEP 58280-000 Fone: (83) 30319331, 87142159 (Oi), 91325995 (Claro), 96825221 (Vivo), 9918-8844 (Tim) [robertaonofre@gmail.com](mailto:robertaonofre@gmail.com).

**PODERES:** : para os quais confere os mais amplos poderes para representá-lo no Foro em geral e ilimitado, com a cláusula "AD-JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA", para em qualquer instância judicial e/ou nos atos extra judiciais, nos termos do Art.38 do Código de Processo Civil, possa defender os interesses e direitos do outorgante, ajuizar ações na esfera cível, trabalhista, tributário, juizado especial, bancário, Dpvt, previdenciário, administrativo, criminal, etc, bem como com esta se apresentar e se necessário for, tratar dos assuntos referente, que a OUTORGANTE tem direito, assinando quaisquer documentos, bem como, em qualquer instância ou Tribunal, na esfera administrativa ou judicial, perante as pessoas jurídicas de direito público, privadas e pessoas físicas, agindo em defesa dos seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando dos recursos e acompanhando-os em conjunto ou separadamente, independente da ordem de nomeação, podendo, ditos procuradores propor e variar ações, requerer, acordar e discordar, desistir, transigir, receber alvará judicial, firmar compromissos, arrolar testemunhas, substabelecerem todo ou em parte, praticando, enfim, todos e quaisquer atos necessário ao fiel desempenho deste mandato e especialmente para acompanhar junto a Companhia de Seguros competentes, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente), podendo para tanto, dito procurador, da entrada no processo de sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhes poderes para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, com poderes específicos para receber alvará judicial, responsabilizando-se por todos os atos praticados no cumprimento deste instrumento, cessando os efeitos deste a partir da extinção do seu objetivo e interesse do outorgante.

28 de agosto de 2016, Mamanguape/PB

\*Emildo Silva de Couto - outorgante,

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Enilda Silva de Couto, brasileira, casada,  
vigilante, AG n° 1522 CCG, endereço Rua Projeção, s/n,  
Planalto, Maragogipe/BA

\_\_\_\_\_ declara

para o fim de obtenção do benefício de assistência judiciárias, nos precisos termos do art. 1º da lei n.º 7.115, de 20 de agosto de 1983 e Lei nº 1.060/50, perante a comarca de João Pessoa -PB, que não pode arcar com as custas judiciais, sem prejuízo de suas obrigações, daí porque sua situação econômico-financeira não lhe permite pagar custas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Declara, ainda, que é conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da supracitada lei), caso o presente documento não porte verdade.

Mamanguape/PB, 23 de agosto de 2016

Enildo Silva de Costa  
Declarante

Declarante





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **FRILDO SILVA DE SAUTO**

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPE DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIDADOR PARANTECO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MAQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONTENHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES JORNALIS E LECTORES DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
- ( ) NOTAS FISCAS (JORNALIS E LECTORES) DE FARMÁCIA, ATENDIMENTOS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONTENHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
  - MORTALIDADE - R\$ 11.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00
  - VALORES DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODODISTRITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODODISTRITO.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

*de sauto*

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joselia dasilva sebastiao,  
RG nº 1870113, data de expedição 28/04/1993  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 001.774.394-08, com  
domicílio na cidade de Marecação, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Aldeia Jacaré São Domingos, nº S/N,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ENILDO SILVA DE COUTO cujo o condutor era  
ENILDO SILVA DE COUTO.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIXES  
Ano: 2009  
Placa: NPX 0999/PB  
Chassi: 9C2KC16209R027314  
Data do Acidente: 30-08-2014  
Local e Data: GUARABIRA - 30-08-2014

Joselia dasilva sebastiao  
Assinatura do Declarante

Enildo Silva de Couto  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Avenida Ademar Távila 180a, 875 - CENTRO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
JOSELIA DA SILVA SEBASTIÃO  
Dou fe. Marecação/PB - 22/01/2016  
Notário: MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS  
Seio Digital: ACN71456-G722  
Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

Marta M Barreto dos Santos  
Oficial

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua R. Pires J. Pessoa 47 Mangueira, 47 - Centro

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ENILDO SILVA DE COUTO  
Dou fe. Mangueira/PB - 02/02/2016  
Escritor: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Seio Digital: ACU34106-DIW7  
Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>







Documento  
DA moto



SECRETARIA DE ESTADO E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL  
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
7ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB  
Telefone: 3292-2604

*Carmelo DELEGADA  
OU ESCRIVÃO*

Natureza: acidente de trânsito Em: Guarabira/PB

## Certidão nº 2.294/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 07/2014, Ocorrência Policial 2.294/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dez (10) dias do mês de outubro (10) do ano de dois mil e quatorze (2014), nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às 12:23 h, compareceu: ENILDO SILVA DE COUTO, brasileiro, casado, 45 anos de idade, nascido(a) em: 12/07/1969, natural de Rio Tinto-PB, filho(a) de Antônio Barbosa de Couto e de Antônio Silva de Couto, vigilante, RG.: 1.522.606 SSP/PB, CPF.: 570.508.804-34, Residente no(a): Travessa Rodrigues de Carvalho, nº 25, Centro, Mamanguape/PB, telefone: (83) 9115-9509. O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 30 de agosto de 2014, por volta das 6h estava em direção a cidade de Mamanguape-PB, perto do povoado Pipiri na cidade de Guarabira, quando um veículo caminhão fechou sua passagem nesta localidade e o noticiante pilotando uma motocicleta caiu no asfalto nesta estrada sofrendo assim acidente de trânsito, QUE o caminhoneiro de nome ZEZO, parou e levantou o noticiante, mas logo se evadiu do local, QUE o noticiante não sabe informar nada mais sobre o condutor do caminhão, QUE o noticiante não possui Carteira Nacional de Habilitação – CNH, QUE a motocicleta tem as seguintes características marca/modelo: HONDA CG 150 TITAN MIXES, de placa: NPX-0999/PB, ano: 2009, cor: preta, chassi: 9C2KC16209R027314, QUE esta motocicleta está em nome de: JOSELIA DA SILVA SEBASTIÃO, QUE este foi socorrido por um motorista de veículo particular e levado a um Hospital de Guarabira/PB e encaminhado ao Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa-PB, também em carro particular, uma vez que o Hospital não forneceu ambulância, QUE vítima de acidente de trânsito sofreu diversas escoriações e fratura no punho esquerdo, e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2014. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 14 de outubro de 2014.

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).  
Mamanguape/PB-02/02/2016  
Selo Digital:ACU02751-LT4W  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



*Frederico Figueiredo Brito da Silva*  
Frederico Figueiredo Brito da Silva  
APC  
Mat.: 156.567-2

Notificante: *Enildo Silva de Couto*



## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 13660928937

Número do Benefício: 6077704702

Espécie: 91

Número do Requerimento: 160928416

Ao Sr(a): ENILDO SILVA DE COUTO

Endereço: RODRIGUES DE CARVALHO 25, CENTRO

CEP: 58280000

Município: MAMANGUAPE

UF: PB

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Inexistência de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213 de 24/07/91, Art. 71 e 78 do decreto nº 3.048, de 06/03/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação de Auxílio-Doença apresentado no dia 16/04/2015, informamos que não foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS em 24/04/2015, incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Pedido de Reconsideração ou Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da presente comunicação.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço: [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 24 de abril de 2015

### INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - RIO TINTO Endereço: RUA DA AURORA, S/N, CENTRO  
CEP: 58297000 Município: RIO TINTO UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 24 de abril de 2015

SC

Assinatura do Requerente / Representante Legal





**RIOTINTO**

Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Rio Tinto  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. Francisco Porto

Receituário Médico

Declaro para os devidos fins que apresento  
Emílio Silva do Couto, com sequelas de  
fratura do pé direito esquerdo, apresentando  
dor aos movimentos do pé direito esquerdo  
bem como limitação na amplitude dos  
movimentos, flexão-extensão, prona-  
supinação), se encontra em trata-  
mento fisioterapêutico.

~

Rio Tinto, 27 / 05 / 2015

De Luciana de Albuquerque Alves

Fisioterapeuta  
CRF 00011284-1

*(Assinatura)*



Receituário Médico

REC-0001

Emílio Silva do Couto

A Prescrição:

Prescrição para seguimento de fisioterapia  
no 1º setor do Centro de Saúde Municipal (E).  
Seu tratamento de fisioterapia  
inclui a fisioterapia. Pode ser  
pelo processo de reabilitação do  
INSS. Data: 27/05/15

Data: 27/05/15

*(Assinatura)*  
Médico - CRM

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS  
R. Páez, 1, Páez 47 Mamanguape

FUNCI. C. 002-1



AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi  
exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)  
Mamanguape/PB-02/02/2016  
Selo Digital: ACU02749-JXGV  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
SENADOR HUMBERTO LUCENA  
RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICACAO DO EMITENTE	
Nome Completo:	DR. Nellyanna S. F. Paiva
CRM:	3553
Endereço:	Medicina
Cidade:	Camacim
UF:	PB
Telefone:	

Paciente:	Emilio Silva de Canto
Endereço:	R. Rodrigues de Cavalho, 25
Prescrição:	Depalmina 500mg - 40cp. Tomar 01 cp de 6 em 6 por 30 dias
Data:	13/09/14

IDENTIFICACAO DO COMPRADOR	
Nome Completo:	
CRM:	
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	

IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR	
Nome Completo:	
CRM:	
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria 2ª Via - Orientação ao Paciente	
Dr. Nellyanna S. F. Paiva	
CRM: 3553	
Endereço: Medicina	
Cidade: Camacim	
UF: PB	
Telefone: 19396	

Receituário Médico

Emilio S. Canto

Uso Indiv.

1 Depalmina 500mg - 40cp.

Tomar 01 cp de 6 em 6 por 30 dias

22/10/14

Data:

Médico - CRM

HNG/CC-002-1



CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
R. Pires J. Pessoa 67 Mamanguape

Atentação  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)  
Mamanguape/PB-02/02/2016  
Selo Digital: ACU02750-26VV  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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	ENILDO SILVA DE COUTO
DATA DE NASCIMENTO	12/07/69
NOME DA MÃE	ANTONIA SILVA DE COUTO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	788.938
PRONTUÁRIO N.º	82.969
DATA DO ATENDIMENTO	20/10/14
HORA DO ATENDIMENTO	14:16H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	RETORNO ORTOPEDIA
DIAGNÓSTICO (S)	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE DE PUNHO ESQUERDO
CID 10	S52.5.0 + Z47.8

### AValiação Inicial:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ ± 02 MESES, RETORNA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE EM FRATURA-LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, CONSOLIDADA.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL CONSOLIDADA.

ECG + RISCO CIRÚRGICO.

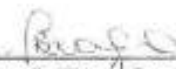
EXAMES LABORATORIAIS.

### TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR COT PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE SEM INTERCORRÊNCIA. MEDICADO. OPERADO POR DR. RICARDO RAMOS.

ALTA HOSPITALAR: 23/10/14 COM RETORNO AGENDADO

DATA DA EMISSÃO: 16/02/2015

  
Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

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

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
R. Pires J. Pessoa 417 Mamanguape

### AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).  
Mamanguape/PB-02/02/2016  
Selo Digital:ACU02748-4E10  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Gomes, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.054/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
DISSIMULE ESTE NÚMERO**MATRÍCULA**

68523470

**REFERÊNCIA**

DEZ/2015

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LINDALVA SOUSA DE OLIVEIRA  
TV RODRIGUES DE CARVALHO 25

CENTRO

58280-000

MAMANGUAPE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outro	
007-072-700-0419	0	1	0	0	0*	ISS15670
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A012/012697	18/01/2006	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NÚM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

966 974 8 29 16/01/2016

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

JUN/2015 8 0 NÚMERO DE AMOSTRAS

JUL/2015 8 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

AGO/2015 8 2 COLIFORMES 46 48 48

SET/2015 8 7 COLIFORMES 0 0 0

OUT/2015 9 8 COR 10 12 12

NOV/2015 9 8 TURBIDEZ 46 48 48

MÉDIA(M) 8 DADOS REFERENTES A: OUT/2015

DATA DA LEITURA: 17/12/2015

HORA DA LEITURA: 15:56:59

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

RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 30m 10 26,93 R\$26,93

047-JUROS DE MORA R\$0,29

050-ACRESCIMO(S) RESCIS. ANT. R\$0,55

VALOR APROXIMADO DE TRÊS DIAS R\$7,40-PTS E COTIZ. LET. 12-701/12

VENCIMENTO:

20/12/2015

Total a Pagar:

R\$27,77



1ª Vara Mista de Mamanguape

0801675-64.2017.8.15.0231

AUTOR: ENILDO SILVA DE COUTO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A, PROSFRAG PRONTO SOCORRO DE FRATURA DE GUARABIRA LTDA - EPP

Vistos,

1. Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98, do CPC.

Oficie-se o Hospital solicitando a documentação conforme requerido.

2. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo de designar audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), após oportuna análise da conveniência e, especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo e não há nulidade sem prejuízo.

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

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

4. Transcorrido o prazo concedido para a defesa e sendo esta apresentada, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, **apresentar impugnação**, CASO seja(m) lançada(s) (I) preliminares<sup>1</sup>, (II) defesa indireta de mérito<sup>2</sup> ou (III) juntada de documentos<sup>3</sup>, permitindo-lhe a produção de prova (itens I, II e III), ou a impugnação correspondente (item III).

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado/carta.

3 de abril de 2018

JUIZ(A) DE DIREITO

**Endereço para intimação/citação/notificação do(a/s) promovido(a/s)/impetrado(a/s):**

**Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**

**Endereço: R SENADOR DANTAS, n. 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 2 0 0 3 1 - 2 0 5**

**Nome: PROSFRAG PRONTO SOCORRO DE FRATURA DE GUARABIRA LTDA - EPP**

**Endereço: centro, centro, GUARABIRA - PB - CEP: 58220-000**

<sup>1</sup> CPC - Art. 351. Se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no [art. 337](#), o juiz determinará a oitiva do autor no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe a produção de prova. **Art. 337.** Incumbe ao réu, antes de discutir o mérito, alegar: I - inexistência ou nulidade da citação; II - incompetência absoluta e relativa; III -

incorreção do valor da causa; IV - inépcia da petição inicial; V – perempção; VI – litispendência; VII - coisa julgada; VIII – conexão; IX - incapacidade da parte, defeito de representação ou falta de autorização; X - convenção de arbitragem; XI - ausência de legitimidade ou de interesse processual; XII - falta de caução ou de outra prestação que a lei exige como preliminar; XIII - indevida concessão do benefício de gratuidade de justiça.

**2 CPC - Art. 350.** Se o réu alegar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, este será ouvido no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova.

**3 CPC - Art. 437.** O réu manifestar-se-á na contestação sobre os documentos anexados à inicial, e o autor manifestar-se-á na réplica sobre os documentos anexados à contestação. § 1º Sempre que uma das partes requerer a juntada de documento aos autos, o juiz ouvirá, a seu respeito, a outra parte, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para adotar qualquer das posturas indicadas no [art. 436](#). **Art. 436.** A parte, intimada a falar sobre documento constante dos autos, poderá: I - impugnar a admissibilidade da prova documental; II - impugnar sua autenticidade; III - suscitar sua falsidade, com ou sem deflagração do incidente de arguição de falsidade; IV - manifestar-se sobre seu conteúdo.

Certifico para os devidos fins que, os autos encontram-se aguardando a devolução do AR (aviso de recebimento).