



Número: **0800423-26.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/04/2017**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA
AUTOR	SERGIO OTAVIO DE SOUZA
ADVOGADO	MARCILIO FERREIRA DE MORAIS
REPRESENTANTE	JOSELHA PEREIRA DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72924 44	05/04/2017 18:15	<u>PROCURAÇÃO OK</u>	Procuração
72924 93	05/04/2017 18:15	<u>PROC PUBLICA</u>	Procuração
72925 28	05/04/2017 18:15	<u>DOC PESSOAIS-OK</u>	Documento de Identificação
72925 71	05/04/2017 18:15	<u>DOC PESSOAIS REPRENTANTE OK</u>	Documento de Identificação
72926 00	05/04/2017 18:15	<u>DECLARAÇÃO</u>	Outros Documentos
72926 48	05/04/2017 18:15	<u>LAUDO E PRONT</u>	Documento de Comprovação
72927 14	05/04/2017 18:15	<u>RESUMO E OUTROS DOCS</u>	Documento de Comprovação
72927 79	05/04/2017 18:15	<u>SAMU-</u>	Documento de Comprovação
72928 71	05/04/2017 18:15	<u>B.O</u>	Documento de Comprovação
72934 55	05/04/2017 18:15	<u>REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO SERGIO OTAVIO</u>	Outros Documentos
92685 69	18/08/2017 14:57	<u>Despacho</u>	Despacho
19462 783	26/02/2019 07:06	<u>Certidão</u>	Certidão

PROCURAÇÃO

Contratante: SERGIO OTAVIO DE SOUZA, Brasileiro, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Portador da RG: 3.103.158 SSP-PB, CPF: 063.136.444-76, NESTE ATO REPRESENTADO POR SUA PROCURADORA: JOSELHA PEREIRA DA SILVA, Brasileira, Estado Civil: Solteira, Profissão: Agricultora, Portador da RG: 2.750.758 SSP-PB, CPF: 045.247.004-80 residente e domiciliado (a) ao Logradouro: Sit Pato D'Água Fria, S/N, Bairro: Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado: Paraíba, CEP: 58.280-000 Telefone: (83)9816-4166/9961-6017

OUTORGADO: Libni Diego Pereira de Souza, brasileiro (a), estado civil casado, profissão Advogado, inscrito (a) na OAB/ PB sob o n.º 15502, com endereço a. Av. Odilon Bezerra, 1845 - 369, na cidade de João Pessoa, Estado do PB.

OUTORGADO: Manoel Ferreira de Moraes, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Advogado, inscrito (a) na OAB/ PB sob o n.º 17359, com endereço a. Av. Dep. Odilon Bezerra, 184 Sala 369, na cidade de João Pessoa, Estado do Paraíba.

PODERES: os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "*ad judicia et extra*" para o Foro em geral e, especialmente, onde com esta se apresentar, defender, em conjunto ou separadamente, o Outorgante em qualquer ação em que mesmo seja réu, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor ações e delas variar ou desistir, transigir, recorrer, fazer acordos, receber e dar quitação e oferecer todos os recursos em direito admitidos em qualquer instância ou Foro, podendo ainda prestar declarações que julgue sejam necessárias, representando o Outorgante inclusive na área administrativa, voluntária ou contenciosa. Requerer documentos, vista de processos, apresentar recursos ou reclamações, junto às entidades da Administração Pública Direta e Indireta, Autarquias e Fundações (Receitas Federal do Brasil, Estadual e Municipal, INSS, Ibama, Juntas Comerciais, Cartórios Judiciais, etc...), podendo tudo o mais praticar para o mais completo desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de

PODERES ESPECIAIS: solicitar e retirar: a) cópia autenticada de Laudo de Lesões Corporais junto ao IML – Instituto Médico Legal, b) cópia autenticada de Boletim de Ocorrência junto a Delegacia de Acidentes de Trânsito, Polícia Rodoviária e Polícia Militar, bem como, os poderes para requerer quaisquer outros documentos perante esses órgãos que vierem a ser necessários, e por último, poderes especiais para MOVER ACÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITARIA, podendo autorizar seu procurador(a) supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93.

João Pessoa, 05 de Abri de 20 17

Joselha Pereira da Silva
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA - COMARCA DE MAMANGUAPE
CARTÓRIO BUSTORFF
2º OFÍCIO DE NOTAS E DE PROTESTO
CNPJ: 09.288.630/0001-88

Rua Pres. João Pessoa, 47 - Centro - Fone (83) 3292-2297 - E-mail: 2cartoriomme@gmail.com

Soraya Xavier Bustorff
Titular

Livro: 280

Folha(s): 184 à 184

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SERGIO OTAVIO DE SOUZA.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos QUINZE (15) dias do mês de ABRIL do ano de DOIS MIL E QUINZE (2015), nesta cidade de Mamanguape, Estado Paraíba, Rua Pres. Joao Pessoa, 47, Mamanguape, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como Outorgante(s) o Sr. **SERGIO OTAVIO DE SOUZA**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.103.158, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 063.136.444-76, residente e domiciliado na(o) Sítio Patos de Agua Fria, s/n, área rural de Mamanguape, no Estado da Paraíba, impossibilitado(a) de assinar, por ser analfabeto, assinando a rogo a Sra. **ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI**, brasileira, agricultora, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.519.603, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 086.932.154-42, residente e domiciliada na(o) Avenida Getulio Vargas, 185, Bairro Centro, na cidade de Mamanguape, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a Sra. **JOSELHA PEREIRA DA SILVA**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.750.758, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 045.247.004-80, residente e domiciliada na(o) Sítio Patos de Agua Fria, s/n, área rural de Mamanguape, no Estado da Paraíba, a quem concede amplos e ilimitados poderes, para representar junto a SEGURADORA LIDER S/A, referente ao seguro DPVAT, podendo, para tanto, apresentar e retirar documentos, preencher formulários, passar recibos, pagar taxas e guias, autorização de pagamento, declaração de residência, declaração de ausência do Laude do IML, neles assinando e requerendo tudo que for necessário, apresentando e retirando documentos, fazendo declarações e tudo mais que se faça preciso para inteiro cabal desempenho deste mandato. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), podendo inclusive substabelecer. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina, sendo dispensada a presença e assinatura de testemunhas instrumentárias ex-vi do Art. 1º do Provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu, ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho _____ da verdade. As.: ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI. Está conforme o original. Dou fé. Trasladada hoje. Lavrada em 15 de Abril de 2015, às fls. 184 a 184. Emolumentos: R\$ 39,90; Taxa FARREN: R\$ 4,21; Taxa FEPJ(3%): R\$ 1,20; Valor Total: R\$ 45,31, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ABI63632-7JB4 - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>

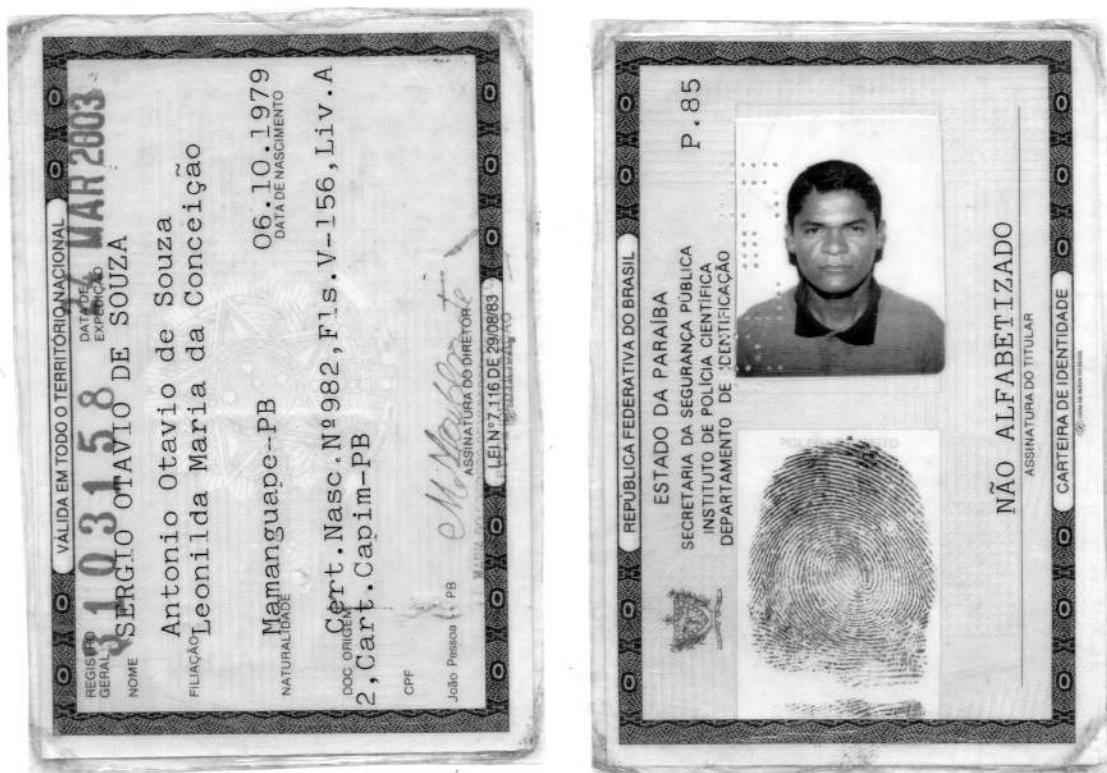
Mamanguape/PB, 15 de Abril de 2015

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Escrevente Autorizado







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 063.136.444-76

Nome da Pessoa Física: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:45:59** do dia **15/04/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **1626.B2A6.A0BF.4A4F**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

JOSELHA PEREIRA DA SILVA
SIT PATO DAGUA FRIA, S/N - AREA RURAL
MAMANGUAPÉ / PB CEP: 58260000 (AG: 14)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA REINDA MONOFASICO
Roberto: 11 - 14 - 189 - 3415
Nº medidor: 00008776860

Referencia: Mar/2016
Emissao: 18/03/2016

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S
B1290 Km25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-62
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000 826.83
Código para Débito Automático: 0001774148

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1774149-7

Mar / 2016

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

18/03/2016

Data prevista da
próxima leitura

18/04/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

4524700480
Insc. Est:

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	18/02/16	18/03/16			
Leratura	52	119	1	67	28

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/03/2016 PAGAS
OBIGADO!

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 30KWh-BR	90	0,14463	4,33
Consumo - 31 a 100KWh-BR	27	0,24794	9,17
Adic. B Vermelha			0,38
Adic. B Arnarela			0,28
Subsídio			15,24
ICMS			10,87
PIS			0,47
COFINS			2,18

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	8,80
Devolução Subsídio	-15,24

Histórico de Consumo (kWh)

52 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	42,69	25,00	10,67
PIS	42,69	1,1100	0,47
COFINS	42,69	5,0800	2,16

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
52 kWh

28/03/2016 R\$ 34,35

c0cd.514e.515d.8858.ff33.a618.76e1.52e4.

Indicadores de Qualidade 1/2016-Mataraca

Limites
da ANEEL Apurado Limite de Tensão
(V)

DIC MENSAL	14,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	27,97	
DIC ANUAL	55,94	
FIC MENSAL	8,30	0,00
FIC TRIMESTRAL	16,54	
FIC ANUAL	33,06	
DMIC	7,60	0,00
DICRI	16,60	

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Det da Energia a PB	10,49	21,17
Compra de Energia	14,76	29,78
Serviço de Transmissão	0,82	1,65
Encargos Sôlidos	3,32	6,89
Impostos Diretos e Encargos	20,20	40,73
Outros Bemigos	0,00	0,00
Total	49,69	100,00

Valor do EUSD (Ref 1/2016) R\$0,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 15,24
- Leitura confirmada

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josélio Pereira da Silva,
RG nº 3103158, data de expedição 24/03/03, Órgão SSP/PB,

CPF nº 063.136.444-76, 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:

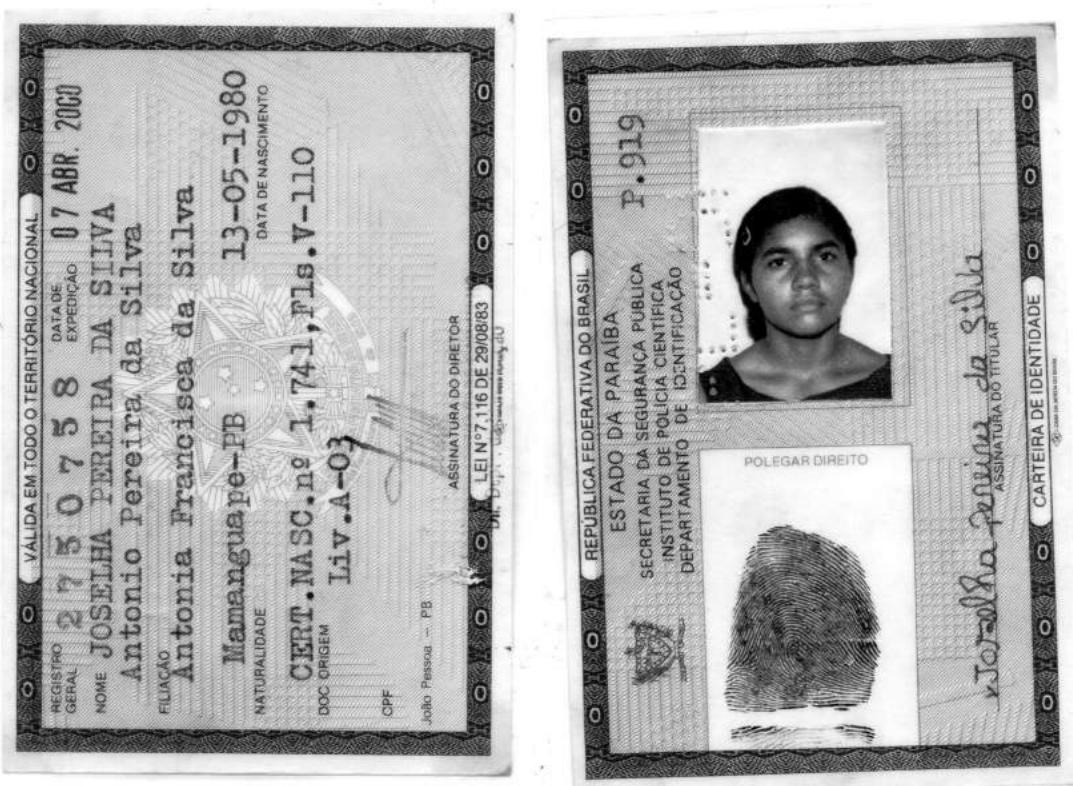
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>pát Pato D'água Fria</u>
Número	<u>1211</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Rural</u>
Cidade	<u>Mamanguape</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)98816-4166 / 99961-6017</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 08/04/2016

Assinatura do Declarante: Josélio Pereira da Silva







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 045.247.004-80

Nome da Pessoa Física: JOSELHA PEREIRA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:58:06**: do dia **15/04/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **AAAB.97F2.374F.F24E**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joselha Pereira da Silva,
RG nº 2750758, data de expedição 07/04/00, Órgão SSP/PPB,
CPF nº 045.847.004-80, 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>Sít. Rio D'água Fria</u>
Número	<u>517</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Mamanguape</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99816-4166 / 99961-6014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 08/04/2016

Assinatura do Declarante: Joselha Pereira da Silva



DECLARAÇÃO

SERGIO OTAVIO DE SOUZA, Brasileiro, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Portador da RG: 3.103.158 SSP-PB, CPF: 063.136.444-76, **NESTE ATO REPRESENTADO POR SUA PROCURADORA: JOSELHA PEREIRA DA SILVA**, Brasileira, Estado Civil: Solteira, Profissão: Agricultora, Portador da RG: 2.750.758 SSP-PB, CPF: 045.247.004-80 residente e domiciliado (a) ao Logradouro: Sítio Pato D'Água Fria, S/N, Bairro: Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado: Paraíba, CEP: 58.280-000 Telefone: (83)9816-4166/9961-6017, Declaro *não ter entrado judicial para receber os direitos de indenização do seguro obrigatório DPVAT por invalidez referente ao acidente de trânsito sofrido no dia _____ / ____ / _____.*

Por este motivo firmo o presente, e venho a declarar sob as penas da Lei e repetirei em juízo se necessário for.

João Pessoa, 15 de Abril de 2015.

:Joselha Pereira da Silva

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

SERGIO OTAVIO DE SOUZA, Brasileiro, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Portador da RG: 3.103.158 SSP-PB, CPF: 063.136.444-76. **NESTE ATO REPRESENTADO POR SUA PROCURADORA:** **JOSELHA PEREIRA DA SILVA**, Brasileira, Estado Civil: Solteira, Profissão: Agricultora, Portador da RG: 2.750.758 SSP-PB, CPF: 045.247.004-80 residente e domiciliado (a) ao Logradouro: Sit Pato D'Água Fria, S/N, Bairro: Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado: Paraíba, CEP: 58.280-000 Telefone: (83)9816-4166/9961-6017. Declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com à custa, do processo sem prejuízo do meu sustento e de minha família, por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei nº 1060/50.

João Pessoa, 15 de Abril de 2015.

Joselha Pereira da Silva

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	SÉRGIO OTÁVIO DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	06/10/79
NOME DA MÃE	NÃO INFORMADO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	86.891
BOLETIM DE ENTRADA N.º	823.301
DATA DO ATENDIMENTO	22/03/15
HORA DO ATENDIMENTO	08:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE GRAVE
CID 10	S06.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, inconsciente, apresentando desconforto respiratório. Abdomen sem queixas. Glasgow 03. Presença de trauma facial, ferimento corto-contuso frontal, escoriações. Imagens radiológicas sem sinais fraturas. Paciente entubado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	29/03/15
DATA DA EMISSÃO:	07/03/16

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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



ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 881965

Rx

*governo
Sousa*

Identificação do paciente

ID 969771	Nome WILLIAMS NASCIMENTO SILVA JUNIOR	Sexo Masculino		
Data de nascimento 11/09/2008	Idade 7 anos 2 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe EDNA LIMA DA SILVA			Pai WILLAMES NASCIMENTO SILVA	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) EDNA LIMA DA SILVA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987000293		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento		Nº Cns 898002745443153	
Local de procedência CABEDELO			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade CABEDELO		CBO/R	

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento		Bairro JACARE

Admissão

Data e Hora Prevista 22/11/2015 11:09:33	Número da pulseira 1000004141616	Convênio SUS
Especialidade PEDIATRIA	Clinica CLINICA PEDIATRICA	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	P脉	Temperatura
--	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 03min 04seg

Imprimir

22/11/2015 11:07



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:		Registro:						
Idade:	33	Sexo:	M	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:	
Data de admissão:	22.03.15			Data da alta:	29.03.15			
Diagnóstico inicial:	CE							
Diagnóstico final:	LAI							
Outros diagnósticos:								
Principais exames:	TC abdomen/pelvis - focus							
Cirurgia realizada - data e equipe:								
Terapêutica medicamentosa:	Sintomáticos							
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:	Resolução cefaléia							
Dieta:	Geral		Orientações Pós Alta					
Reposo:	relativo em casa por _____ dias. retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.							
Cuidados com a ferida operatória:	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:	Hidantul							
Retorno:	HTOP		para retirada de ponto.					
Ao posto de saúde em _____	41º		em 30 dias para revisão.					
Ao ambulatório								
João Pessoa: 29 de 03 de 15								
Ass. Médico / CRM								
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.								



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:	Silviano Góes	Sexo:	M	Cor:	Branca	Registro:	823301	
Idade:	33	Clinica:	5043-	Enf:		Leito:		
Data de admissão:	22.03.15			Data da alta:	29.03.15			
Diagnóstico inicial:	CE							
Diagnóstico final:	LAD							
Outros diagnósticos:								
Principais exames:	TC Abdominal - negativo							
Cirurgia realizada - data e equipe:								
Terapêutica medicamentosa:	Sintomáticos							
Anatomia patológica:								
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()								
Resultado bacteriológico:								
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()								
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	Resolução de ferida							
Dieta:	Geral		Orientações Pós Alta					
Reposo:	relativo em casa por _____ dias.							
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.								
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.								
Cuidados com a ferida operatória: 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:	Hidantul							
Retorno:	HTOP							
Ao posto de saúde em _____	40							
Ao ambulatório								
João Pessoa: 29 de 03 de 15								
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 DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome:	Sérgio Otávio de Souza			Registro:	823301		
Idade:	33	Sexo:	M	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:	22.03.15			Data da alta:	29.03.15		
Diagnóstico inicial:	CE						
Diagnóstico final:	LAI						
Outros diagnósticos:							
Principais exames:	Ecograma - Abdomen / Lesões - Pecas						
Cirurgia realizada - data e equipe:							
Terapêutica medicamentosa:	Sintomáticos						
Anatomia patológica:							
Infecção: sim () não ()	Coleta de material: sim () não ()						
Resultado bacteriológico:							
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()							
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	Resolução Cefaléica						
Dieta:	Geral			Orientações Pós Alta			
Reposo:	relativo em casa por, 60 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 operatória: 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:	Hidantul						
Retorno:	HTOP 4º/1º dia de						
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.							
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.							
João Pessoa; 29 de 03 de 15							
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 DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Av. Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58031-090 - Conjunto Pedro Gondim

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
do(a) Sr.(a) Silvio Letávio da Souza
portador(a) da identidade RG _____,
que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia
de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S06, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades labo-
rativas por um período de 60 (Sessenta)
dias, a partir desta data.

João Pessoa, 25/03/15

Assinatura e Carimbo do Médico / Urologia / Cirurgia
Dr. (a) Diego Pereira de Sousa CRM-PB: 6290

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ o(a)
Dr.(a) _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
nesse atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª Via Paciente - 2ª Via Anexa ao Prontuário de Atendimento



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

X HEETSHL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Gustavo Carvalho Patrício
CRM: 6800 UF PR Nº 5111
Endereço: 08gues
Cidade: Londrina UF PR
Telefone:

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. Gustavo Carvalho Patrício
Neurocirurgia
CRM-PR-6800

Carimbo do Médico

Paciente: Sérgio Otávio de Souza

Endereço:

Prescrição: H
1. Hidantoin 100mg Uso Oral
Dormir op vó 818h 20m

Data: 29/03/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:
RG: _____ UF: _____ Nº: _____
Endereço:
Cidade: _____ UF: _____
Telefone:

Dr. Gustavo Carvalho Patrício
Neurocirurgia
CRM-PR-6800

Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Carimbo do Médico

Data: ____ / ____ / ____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATARACA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE DESCENTRALIZADA - MATARACA/PB
UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO - USB

192

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USB MATARACA



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
25/03/15	703242	Sem ID					
Local da Ocorrência			Bairro	Médico Regulador			
BR 103				Felipe Bonny			
Apoio no Local	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros	<input type="checkbox"/> Resgate / PRF	<input type="checkbox"/> CPTRAN	<input type="checkbox"/> STRANS	<input type="checkbox"/> TROTE	<input type="checkbox"/> Outro:
QTA:	<input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros	<input type="checkbox"/> Recusou atendimento	<input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro	<input type="checkbox"/> Local não encontrado	<input type="checkbox"/> Outro:		

DESTINO

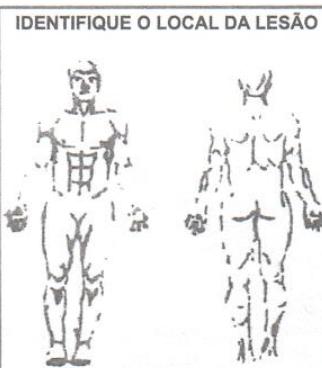
LOCAL: INT. USA mme	RESPONSÁVEL: Arthur Trindade MÉDICO CRM - 8803	OBS:	
TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)		- ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	MEDICAMENTOS: _____
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: _____		PATOLOGIA(S): _____	
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____		ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____	
		VACINAS: _____	

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA
<input type="checkbox"/> QUEDA <5m <input type="checkbox"/> QUEDA >5m <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO: <input type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
<input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input checked="" type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> CARRO X MOTO
<input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
<input type="checkbox"/> NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO ACIONADO <input type="checkbox"/> DIR. <input type="checkbox"/> ESQ.
<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU: _____ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU: _____ <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ARANHA
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR: _____

EXAME FÍSICO - FICHA CLÍNICA

Encontrado: <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO
<input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO
<input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
<input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input checked="" type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> PELE FRIA
<input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA
Queixa: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> OUTRA: _____ <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> OTORRAGIA
LESÕES APRESENTADAS:
<input checked="" type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: FACE/SD, MJO <input checked="" type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: INFERIOR E PARIENTAL
<input type="checkbox"/> PUPURAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CÂIMBRA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MIDRIASE | |
| <input type="checkbox"/> MIOSE | |
| <input type="checkbox"/> ISOCORICAS | |
| <input type="checkbox"/> ANISOCORICAS | |

VVA: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ irpm FINAL: _____ irpm / PULSO RADIAL: <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/> <9 PA (mm Hg): <input type="checkbox"/> 120 x <input type="checkbox"/> 80 TEMPERATURA: _____ GLICEMIA: _____
PADRÃO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS <input type="checkbox"/> <2 SEGUNDOS - MMIL <input type="checkbox"/> >2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: <input type="checkbox"/> 84 %
<input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"> EUPNEIA</input>

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
RUA VEREADOR JOSÉ NUNES DE FREITAS, 135, BAIRRO: JARDIM PLANALTO II, MATARACA - PB.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

COLAR CERVICAL TAM: 07 / ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / TIRANTES / PRANCHA RÍGIDA / KED / TALAS DE EXTREMIDADES
 A. V. P. COM ABOCATH N° 1 / MSE MSD / SRL 1000 ml SF 9,9% 1000 ml / MEDICAÇÃO:
021/MIN: _____ : MASCARA COM RESERV. CATETER NASAL / IMOBILIZAÇÃO: MSE MSD MIE MID / MACA A VÁCUO /
 IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / EXTRICAÇÃO / CURATIVO: COMPRESSIVO SIMPLES IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: OLHO E
 OLHO D / VELPEAU / LOCAL: VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: queda de moto

INTERVENÇÕES: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pct EEG, inconsciente, orientado, com suspeita de TEC, com
um relógio frontal e joelho esquerdo

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Komila Gouveia COREN: _____ TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Brenda Costa COREN: _____
CONDUTOR SOCORRISTA: Joséval Bento MÉDICO: _____ CRM: _____

RECUSA

NOME: _____ RG: _____
ASSINATURA: _____
TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

RELAÇÃO DE PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG / CPF / TÍTULO DE ELEITOR / HABILITAÇÃO / PASSAPORTE / OUTRO: _____

CELULAR: QUANTIDADE _____ MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD / VISA / AMERICAN EXPRESS / HIPER / OUTRO: _____CARTÃO DE BANCO: 1 / 2 / 3 NOMES DO BANCO: _____

TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR R\$ _____ (_____)

CALÇADO (NOME): _____ / RELÓGIO (MARCA): _____ / ANéis (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N° _____)	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unid.)	
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
DIPIRONA 1 g		ÁLCOOL (PINCETA 250 ml)	
ESCOLOPALMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N° _____	
ESCOLOPALMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	
DICLOFENACO 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G	
FUROSEMIDA		JELCO N° 14	
CAPTOPRIL 25 mg		JELCO N° 16	
AAS 100 mg		JELCO N° 18	
ISORDIL 5 mg		JELCO N° 20	
METOCLOPRAMIDA		JELCO N° 22	
HIDROCORTISONA 100 mg		JELCO N° 24	
HIDROCORTISONA 500 mg		SCALP N° 23	
IPRATRÓPICO GOTAS		SCALP N° 25	
FENOTEROL GOTAS		GARROTE	
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
ATROPINA		EQUIPO MICROGOTAS	
AMIODARONA		ESPARADRAPO	
TERBUTALINA		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTÉRIL N° 7,5	
		LUVA ESTÉRIL N° 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	
		OUTROS:	

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
1ª Superintendência Regional de Polícia
7ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de MATARACA-PB



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 0044/2016

Aos 31 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MATARACA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo, escrivã (o) abaixo assinado, aí, por volta 08h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SERGIO OTAVIO DE SOUZA, conhecido por **SERGIO**, Identidade nº 3.103.158-SSP/PB, CPF nº 063.136.444-76, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho (a) de Antonio Otavio De Souza E Leonilda Maria Da Conceição., natural de Mamanguape-PB/ nascido (a) em 06/10/1979 (36 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Imbiribeira, s/nº, Mamanguape-PB, tendo como ponto de referência: Perto da entrada de Camaratuba, na cidade de Mamanguape-Pb, fone(s) para contato: (83) 9816.1166.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO; Acidente de Moto
- 2) DATA DO FATO: 22.03.2015
- 3) HORÁRIO;06.00 horas
- 4) LOCAL: BR 101 – Trevo de Mataraca.

BREVE RESUMO: Que sofreu um acidente na sua motocicleta de marca Honda/CG 125 FAN KS, placa NQB 7353/PB, RENAVAM 45690755-6, cor vermelha, ano 2012/2012, tendo sofrido trauma facial, ferimento corto-contuso frontal e escoriações, conforme Laudo-Médico. O noticiante foi socorrido pelo SAMU para o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa.

6) OBSERVAÇÕES:

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



SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Comunicante

X
Paulo Henrique Corrêa Dias de Araújo
Escrivão Ad doc- Mat. 89.1916



Rua Angélica, nº 32, Planalto I, Mataraca/PB

SINISTRO 3160263228 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SERGIO OTAVIO DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA

SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO SERGIO OTAVIO DE SOUZA

CPF/CNPJ: 06313644476

Posição em 12-01-2017 09:45:43

Pedido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Verificando que a petição inicial preenche os requisitos essenciais, não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo para o momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo.

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, ocasião em que poderá apresentar tudo o que interesse a sua defesa, além de preliminares, incompetência relativa, incorreção do valor da causa e indevida concessão de justiça gratuita.

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 arts. 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no art. 340 do CPC.

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) preliminares¹, (II) defesa indireta de mérito² ou (III) juntada de documentos³, 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.

Mamanguape, 18 de agosto de 2017

Shirley Abrantes Moreira Régis

Juíza de Direito

Certifico e dou fé que, até a presente data não foi devolvido o AR provindo dos correios, sendo assim, diante do grande lapso temporal renovo a expedição da carta de citação.