

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**ANTONIO DUARTE LEAL**, brasileiro, solteiro, aposentado, portadora da RG/PB nº 23.616.007-2, CIC/MF nº 034.167.228-92, residente na Rua Emiliano Rosendo da Silva, nº 75 - Bloco N AP.201 - Bodocongó - Campina Grande/PB, CEP:58429-690.

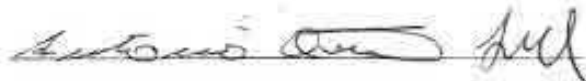
**OUTORGADOS:** EURIDES MARIA SANTOS VITORINO, brasileira, casada, advogada, com inscrição na OAB/PB 7234, com endereço profissional na Rua Marquês do Herval, nº 16, Edifício Lucas, salas - 712, Centro - Campina Grande/PB.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo minha bastante procuradora a outorgada, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública, assinar termo, receber decisão administrativa, tirar cópia de processo administrativo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECIFICOS:** A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, tudo em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/205,

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Declaro que, em razão de minha situação financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e Art. 98 e ss do CPC/15.

Campina Grande/PB, 17/08/2018.





**CAGEPA**  
 Companhia de Água e Esgoto da Paraíba  
 a Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
 CEP: 58070-000 - Fone: (35) 3212.0000

ÁREA CONTRATADA COM A CARTÃO DOBROU SEUS NÚMERO

INSCRIÇÃO	034.167.228
TARIFAS	
REFERÊNCIA	JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANTONIO DUARTE LEAL  
 RUA EMILIANO ROSENDO DA SILVA, 75 - BL. N. AP. 201  
 RODOSCO CAMPINA GRANDE PB 58429-690

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comerc	Indus	Terce	
034.167.228	508	1	0	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
411408610	17/01/2013	EXTERNO LIGADO	LIGADO	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
276	281	5	31	26/08/2018

MES	CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 M3
31A/2013	0	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. LONGORRES	
MAR/2014	5	0	TURBIDEZ	0 0 0
ABR/2014	5	0	CLORO	0 0 0
MAI/2014	3	0	COL. TERMO	0 0 0
FEV/2018	2	0	COR	0 0 0
JAN/2018	6	0	COL. TOTALS	0 0 0
MEDIAÇÃO	4		DADOS REFERENTES A MAR/2013	

DATA DA IMPRESSÃO: 09/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:41:12

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	5 M3	47,91
ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO	5 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,11 IPTU E CONSUMO IPTU: 37,747/17

VENCIMENTO: 21/07/2018 Total a Pagar: R\$ 68,24

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**034.167.228-92**

Nome  
**ANTONIO DUARTE LEAL**

Nascimento  
**11/10/1957**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**C7EE.8DFA.19CC.738F**

A autenticidade desta comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
 Secretaria da Receita Federal do Brasil  
 às 18:30:39 no dia 27/08/2013 (hora e data de Brasília)  
 dígito verificador: 00





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº00075.01.2018.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência: 22/01/2018**

**Hora: 06:57:00**

**Forma da Comunicação: Verbal**

**Endereço: Francisco Afonso Vila dos Teimososa, Bodocongó, Campina Grande, PB.**

**PARTE(S)**

VITIMA

**Nome: Antonio Duarte Leal**

**Conhecido por: Não informado**

**Filiação: Adelaide Amélia Duarte e Severino Augustinho Leal**

**Idade: 60**

**Data de Nascimento: 11/10/1957**

**Identidade de Gênero: masculino**

**Nacionalidade: brasileira**

**Naturalidade: Aroeiras**

**Estado Civil: casado(a)**

**Escolaridade: Não informado**

**Profissão: Aposentado**

**Documentos(s) de Identificação: CPF nº 034.167.228-92**

**Endereço: Rua Emiliano Rosendo da Silva, 75, Bodocongó III, Campina Grande, PB**

**Complemento: Residencial do Lindú III, APTº 201 Bloco M.**

**Telefone: (83) 98682-2336**

TESTEMUNHA

**Nome: Aleksandro Gonçalves Barreto**

**Conhecido por: Não informado**

**Filiação: Maria Gonçalves Barreto e Não Declarado**

**Idade: 48**

**Data de Nascimento: 23/05/1969**

**Identidade de Gênero: masculino**

**Nacionalidade: brasileira**

**Naturalidade: Campina Grande**

**Estado Civil: casado(a)**

**Escolaridade: Não informado**

**Profissão: Porteiro**

**Documentos(s) de Identificação: CPF nº 714.574.534-87**

**Endereço: Rua Luiz Florentino de Souza, 280, Bodocongó, Campina Grande, PB**

**Complemento: Não informado**

**Telefone: (83) 98624-7050**

Procedimento Policial: 00075.01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA

**Nome:** Leo Katio Cândido de Oliveira  
**Conhecido por:** Não informado  
**Filiação:** Ana Lúcia Ramos de Oliveira e João Cândido de Oliveira Filho  
**Idade:** 35 **Data de Nascimento:** 19/01/1983 **Identidade de Gênero:** masculino  
**Nacionalidade:** brasileira **Naturalidade:** Campina Grande  
**Estado Civil:** casado(a)  
**Escolaridade:** Não informado **Profissão:** Porteiro  
**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 053.873.684-47  
**Endereço:** Rua Antonio Quirino de Melo, Três Irmãs, Campina Grande, PB  
**Complemento:** Não informado  
**Telefone:** (83) 98845-3781

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS**

**HISTÓRICO**

Informa o comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé correndo na Avenida Juvêncio Arruda, bairro de Bodocongó, momento em que foi atropelado pela condutora de um Veículo Celta de cor prata, de Placas NQB-4227-PB, que com o impacto a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Tornozelo do pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 19 de março de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES  
Delegado(a) de Polícia Civil

ANTONIO DUARTE LEAL  
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00075.01.2018.2.00.420



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13124604

A/C: ANTONIO DUARTE LEAL

Nº Sinistro: 3180309431  
Vitima: ANTONIO DUARTE LEAL  
Data do Acidente: 22/01/2018  
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO DUARTE LEAL

Valor: R\$ 144,00

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 000000018648-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	22/1/2018	HORA:	06:57 HS	ID Nº:	1666879
NOME:	ANTONIO DUARTE LEAL				
QUEIXA:	ATROPELAMENTO				
LOCAL:	R. FRANCISCO AFONSO/VILA DOS TEIMOSOS - BODOCONGÓ				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO DONA LINDU II				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 15 de março de 2018.

Deodécio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





Nome do Paciente <i>ANTONIO DAVI LOTE</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>01/02/13</i>	Enf. <i>0109 I</i>	Leito <i>10.4</i>	
Operador <i>DR. RICARDO ANTONIO</i>		1º Auxiliar <i>DR. WILLIAM (MR)</i>	
2º Auxiliar <i>DR. YURY (ORNT)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>WYSON</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx TN2 (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossintese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) *Incisão em DM sob anestesia*
- 2) *Assepsia e Antissepsia e Campos Estéreis*
- 3) *Incisão em face lateral e exposição de TN2 (E) + DISSECÇÃO*
- 4) *Alargamento + Hemostasia*
- 5) *Redução e fixação da fratura*
- 6) *Osteossíntese de traço de placa 1/3 tubular GF + parafusos e de Múltiplos Módulo de 2 parafusos Moleculares, sendo um com Arraça sob Escopia.*
- 7) *Lavagem de FO e S.P.P.*
- 8) *Fechamento por planos*
- 9) *curativo*

**Yury de Paula Câmara**  
 ORTÓPEDICO E TRAUMATOLOGIA  
 CRM/PB 10507

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



Data da internação: 22/01/2018 Hora: 09:15:21

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES 2362856			
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1584507</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>ANTONIO DUARTE LEAL</b>				8 - DATA DE NASCIMENTO <b>11/10/1957</b>			
7 - CARTÃO DO SUS				9 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ADELAIDE MODESTA LEAL</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº 83			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO) <b>EMILIANO ROSENDO DA SILVA, 0, BODOCONGO</b>				14 - CÓDIGO MUNICIPAL DE UF <b>250400 PB</b>		15 - CEP <b>58400002</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>							
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 2em; text-align: center;">Dor e deformidade</p>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">Necessito de trat cirurgico</p>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <p style="font-size: 2em; text-align: center;">Rx</p>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura luxação tornozelo</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Trat cirurgico de fratura tornozelo</b>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA <b>02</b>		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (EX) / CNES / CPF <b>980016283392321</b>		29 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>RODOLFO COIMBRA BATISTA</b>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>22/01/2018</b>			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA				37 - Nº DO BILHETE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA				39 - CHAM DA EMPRESA	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO				41 - CIDR	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO ( ) CNS / ( ) CPF		47 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>11</b>							

<http://10.1.1.148/prc/ajust/cgi/imp/intermanto.php?consar=1584507>

1/1







MA

# CONTROLE CIRÚRGICO

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0022

Paciente: Antonio Duarte Leal  
 Hospital: Emergência e Traumatologia C6  
 Médico: Dr. Yury + Dr. Helisson  
 Data da Cirurgia: 01/07/18 Procedimento: Fratura de TNZ Esquerda  
 Prontuário: 1584217 Convênio: SUS  
 Estrumentadora: Steysson Circulante: Vanola

### Materiais Utilizados

Quant.	Nomeclatura	Código
	cx 3,5	
01	PLACA DCP ESTREITA 07 EUROS	
07	PARAFUSO CORTICAL Nº 12	
07	" " Nº 14	
07	" " Nº 16	

Recife 01 de 07 de 2018

Circulante

Médico Responsável



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


<b>HUECCG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Antonio Roberto Loal</i>				IDADE	SEXO <i>M</i>	COR
DATA <i>07-02-18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	MSCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATRAVOCOS	CONTÍCIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf: _____ Excit: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lentis: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
						MANUTENÇÃO		
LIQUIDOS								
CÓDIGOS VP: ARTERIAL AX: ANES: COIA: O: OPERAÇÃO						ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obsr: _____ Co: _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
POSICÃO						Com cânula: Para o Leito Sim _____ Não _____		
AGENTES	<i>Na veia: Propofol + Remorfol + Propofol + fentanyl 2% + Dabato 2% + Lidoc</i>					CONDIÇÕES:		
TÉCNICA	<i>intubação</i>							
OPERAÇÃO	<i>intubação: curv. intub. barométrica</i>							
QUIRURGIÕES								
ANESTESISTAS	<i>Wanderley - Loal</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

MOD. 388

FOLHA DE ANESTESIA - SRPS



**DESPESAS**

	<b>P. M. Campina Grande</b> <b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b> Código de Verificação <b>F4C9.9501.AADB.9C63.54A8.C198.D263.6295</b> Competência: <b>03/2018</b>		Número da Nota <b>40179</b>																					
			RPS:																					
			Data de Emissão <b>26/MAR/2018</b> 12:02:03																					
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>																								
Razão Social / Nome: <b>FERNANDES &amp; FERNANDES LTDA - EPP</b> CNPJ / CPF: <b>02.674.272/0002-83</b> Endereço: <b>RUA PROFESSOR JERONIMO GUEIROS 112</b> Bairro: <b>CENTRO</b> Município: <b>CAMPINA GRANDE</b>																								
Inscrição Municipal: <b>494230</b> CEP: <b>58410-268</b> Complemento: <b>Não informado</b> UF: <b>PB</b>																								
Inscrição Estadual: País: <b>Brasil</b>																								
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>																								
Razão Social / Nome: <b>ANTONIO DUARTE LEAL</b> CNPJ / CPF: <b>034.167.228-92</b> Endereço: <b>RUA EMILIANO ROZENDO DA SILVA 75</b> Bairro: <b>BODOCONGO</b> Município: <b>CAMPINA GRANDE</b>																								
Inscrição Estadual: CEP: <b>58429-690</b> Complemento: <b>Não informado</b> UF: <b>PB</b>																								
País: <b>BRASIL</b>																								
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>																								
SERVIÇOS PRESTADO DE FISIOTERAPIA																								
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$504,00</b>																								
Código do Serviço: <b>86500004 ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA</b> Item da Lista: <b>04.08 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.</b>																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">NFS (R\$) - %</td> <td style="width: 15%;">IRRF (R\$) - %</td> <td style="width: 15%;">CSLL (R\$) - %</td> <td style="width: 15%;">PIS (R\$) - %</td> <td style="width: 15%;">COFINS (R\$) - %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Base de Cálculo do ISS (R\$)</td> <td>Alíquota (%)</td> <td>Valor do ISS (R\$)</td> <td>Valor Líquido (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">504,00</td> <td style="text-align: center;">3,50</td> <td style="text-align: center;">17,64</td> <td style="text-align: center;">504,00</td> </tr> </table>					NFS (R\$) - %	IRRF (R\$) - %	CSLL (R\$) - %	PIS (R\$) - %	COFINS (R\$) - %	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Base de Cálculo do ISS (R\$)		Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Líquido (R\$)	504,00		3,50	17,64	504,00
NFS (R\$) - %	IRRF (R\$) - %	CSLL (R\$) - %	PIS (R\$) - %	COFINS (R\$) - %																				
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																				
Base de Cálculo do ISS (R\$)		Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Líquido (R\$)																				
504,00		3,50	17,64	504,00																				
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>																								
O ISSQN desta NF-e será recolhido pelo PRESTADOR MENCIONADO ACIMA. Para verificar a veracidade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.																								
A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço:			Código de Verificação <b>F4C9.9501.AADB.9C63.54A8.C198.D263.6295</b>																					
<a href="http://www.campinagrande.pb.gov.br">http://www.campinagrande.pb.gov.br</a> e clique no link <b>NFS-e</b>			Número de Nota <b>40179</b>																					
RECEBEMOS DA EMPRESA FERNANDES & FERNANDES LTDA - EPP OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA																								
Local	Data	Assinatura																						

28/08/2018 09:33





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0805937-97.2019.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Recebo a inicial, porque satisfeitos os requisitos.

Considerando o advento do novo CPC, que tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entendo que, infelizmente, desde que passou a vigorar, em março de 2016, as partes, principalmente, as empresas, não estão ancoradas no mesmo espírito conciliador dos legisladores. Por estas razões, a conciliação prévia, prevista no novo CPC, está se tornando inócua e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos princípios da celeridade e da razoabilidade duração do processo, razão porque postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes, até porque, em outros casos semelhantes, envolvendo seguro DPVAT, os acordos porventura realizados somente costumam ocorrer após a realização de perícia.

Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a citação da parte promovida, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.

Contestada a ação, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, impugnar a contestação.

Contestada e impugnada a ação, intimem-se as partes para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias, com a advertência de que o silêncio importará o julgamento antecipado da lide.

Nos termos do art. 98 do CPC/15, **defiro o pedido de gratuidade** judiciária.

**Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.**

**CUMPRA-SE.**



CG, 27 de março de 2019.

Juiz(a) de Direito

