



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

João Sérgio dos Santos Brasileiro, solteiro, inscrito no RG 2.083.563
e CPF 024.339.354-74, residente e domiciliado no Póv. Usina Santa
Helena, 25, Sapé/PB.

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

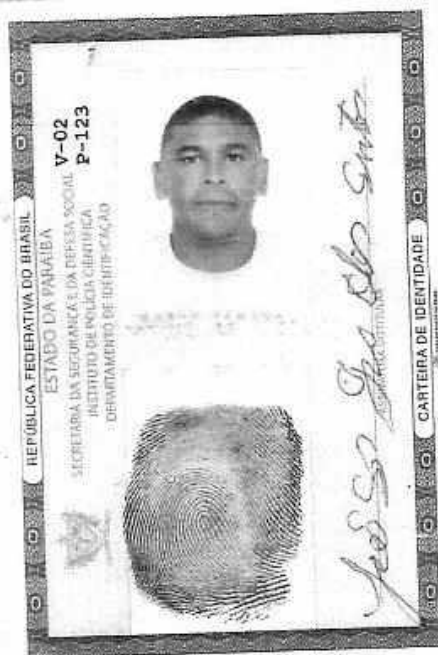
João Pessoa, 28 de Janeiro de 2020.

Maria Lucineide de Lacerda Santana
OUTORGANTE

(83) 3241.6957

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB
Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • Sapé - PB





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 030.788.889



LUZ, IMAGINAÇÃO, REALIZAÇÃO
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS
POV USINA SANTA HELENA 25
SAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/64298-3

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

10/09/2019

CONSUMO

240

VENCIMENTO

17/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 231,01

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05984.967173 6 80150000023101

Pagador: FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS CNPJ/CPF: 691.986.754-00

POV USINA SANTA HELENA 25 - AREA RURAL - SAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005984967	000064298201909	17/09/2019	R\$ 231,01	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 20/02/2020 09:06:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022009065098600000027441957>

Número do documento: 20022009065098600000027441957

Num. 28460454 - Pág. 3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 024.339.354-74 Nome completo da vítima: José Sérgio dos Santos

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

Nome completo: José Sérgio dos Santos CPF: 024.339.354-74

Profissão: Recusado Informar Endereço: Povoado Santa Helena Número: 25 Complemento: _____

Bairro: Zona Rural Cidade: Sape Estado: PB CEP: 58340000

E-mail: pmeduenciois@locandahortona.com.br.br Tel.(DDD): (83) 3232-0304

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

AGÊNCIA: 0922 01 CONTA: 00021183 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INABILIDADE PARA O TRABALHO - INABILIDADE PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: João Pessoa - PB 14/02/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361871/19

Vítima: JOSE SERGIO DOS SANTOS

CPF: 024.339.354-74

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/03/2016

Titular do CPF: JOSE SERGIO DOS
SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE SERGIO DOS SANTOS : 024.339.354-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190589078

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190589078

Vítima: JOSE SERGIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SERGIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14985104





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA COMARCA DE SAPE/PB
TELEFONE: 3283-5949

NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº685/2016

Aos DEZ (10) dias do mês de Maio do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, **Dr. FREDERICO CLAUDIO M MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h30min, compareceu **JOSE SERGIO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, natural de Sape, 41 anos, nascido em 10/10/1974, filho de Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos, RG. 2.083.563/PB, soldador, alfabetizado, residente na Usina Santa Helena, tel. 9.9151.6141. NOTIFICOU QUE: no dia 10/03/16, por volta das 19:00 hs estava conduzindo sua Moto Honda CG 150 FAN ESI, ano 2012, placa OFA-6366/PB, de cor preta, chassi 9C2KC1670CR568916, em nome do noticiante, quando caiu em um buraco próximo de sua residência, que o noticiante caiu e foi encaminhado para o Hospital Sá Andrade através de populares e após transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira – TRAUMINHA, conforme Laudo Médico em anexo. Diante do exposto veio notificar o fato. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.


NOTICIANTE



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:

JOSE SERGIO DOS SANTOS

Em test. da verdade. Sape-PB 31/10/2018 10:42:03

Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrivente

[2018-008917] JENIL-R\$ 49,48 FAPEN-R\$ 0,28 FEPJ-R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AMS15761-TM2

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Rua. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sape
Paraíba - CEP: 58340-000 Fone/Fax: (33) 3283-5949
Severina Lucia M. Feliciano da Silva

Idade

REGISTRO UNICO

da Lucia M. Feliciano da Silva

Imperio Substituto

de Lourdes Castro Gusmão

Escrivente

Rua. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746

Paraíba - CEP: 58340-000 Fone/Fax: (33) 3283-5949

CEP: 58340-000-Sape-PB





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Sr. JOSE SERGIO DOS SANTOS, Nascido em 10/10/1974, residente na Usina Santa Helena,- Zona Rural – Sapé- PB, o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 10/03/2016, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde. Sendo encaminhado para outra unidade. (Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 23 de Agosto de 2019

Atenciosamente,

Evelyn Ribeiro Gomes
Diretora Geral do H.R.S.A
Matricula 2122969

EVELYN RIBEIRO GOMES
Diretora Geral





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE SAPÉ/PB**



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 118 /2016.

Exame Requisitado: **EXAME COMPLEMENTAR/**

Autoridade Requisitante: **Del. Pol. FREDERICO CLAUDIO M. MAGALHÃES**

Local: **Sapé/PB**

Data: **09/11/2016**

OBS: Encaminhar o Resultado para a Delegacia de Sapé/PB.

Senhor (a) Gerente.

Solicitamos enviar equipe para realização de Exame Complementar na pessoa
de:

Nome: **JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS**

Sexo: **masculino**

Nacionalidade: **brasileiro;**

Natural de **Sapé/PB**

Nascido em: **10/10/1984**

Idade: **42 anos**

Filiação: **Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos**

Grau de Escolaridade: **alfabetizado**

Residente: **Usina Santa Helena- Sapé-PB (Tel. 991516143)**

Estado Civil: **solteiro**

Ocupação Habitual: **Soldador**

Data e hora da ocorrência: **10/03/2016, por volta das 19:00 hs**

Local onde o fato ocorreu: **Na Usina Santa Helena- Sapé-PB..**

Histórico: A Vitima sofreu um acidente de Moto, no dia 10/03/16, por volta das 19:00horas, na Usina Santa Helena, quando caiu da Motocicleta vindo a quebrar o braço.

MANOEL CARLOS DA SILVA NETO
Delegado de Polícia Civil

**ÀO SENHOR
GERENTE DO GEMOL
JOÃO PESSOA - PB**

RECEBIDO

Em: ____/____/____

Assinatura: _____

Matrícula: _____





CERTIDÃO

Nº. 0787/2016

Atendendo solicitação de **JOSE SERGIO DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 835379 e Prontuário Nº 2016.03.001054 pertencentes ao requerente e que foi atendido no dia 10/03/2016 às 22H59min, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/03/2016 com alta dia 17/03/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Britto Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de maio de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: José Jorge do Santos		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 42a	SEXO: M	COR: Branco	CLÍNICA: Ortopedia
DATA DE ADMISSÃO: 10/03/16		DATA DE ALTA: 27/03/16	
DIAGNÓSTICO INICIAL		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura das costelas de antebraço		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: Rx das costelas de antebraço e punho e punho de placa			
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO			
COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES Doente vítima de acidente de trânsito, com fratura de costelas de antebraço e punho, submetido a cirurgia de antebraço e punho.			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA:			
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO: Ao posto de saúde em 07 de para retirada de pontos. Ao Ambulatório do 07 de em 30 dias para revisão.			
DATA: 17/03/16			
ASS. MÉDICA: Dr. Francisco Tullio			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>José Ricardo de Jesus</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>42a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Moreno</u>	CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>10/03/16</u>		DATA DE ALTA: <u>27/03/16</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL:		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Fratura dos ossos de ante-braço</u>		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução da fratura de ante-braço com redução e fixação de placa</u>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO ☐	
RESUMO CLÍNICO: <u>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES</u>			
<u>Doente admitido no Hospital de Ortopedia e Traumatologia em 10/03/16 com diagnóstico de fratura de ante-braço. Foi submetido a cirurgia de redução e fixação com placa e parafusos. Evoluiu satisfatoriamente, sendo alta em 27/03/16.</u>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA:			
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO Ao posto de saúde em <u>07/04</u> para retirada de pontos.			
Ao Ambulatório do <u>07/04</u> em 30 dias para revisão.			
DATA: <u>17/03/16</u>		ASS. M. <u>Lucineide de Lacerda Santana</u>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar			
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO			
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) for Jorge de 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 S52.P, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
(trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/04/16


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



RECEBIDO



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Dr. Sergio
dos Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 14/10/16

☐ N° PRONTUÁRIO: _____ ☐ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Luis Portela

DIAGNÓSTICO: Fratura simples do
antebraço

PROCEDIMENTO: Redução e fixação com
placa

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



Ficha: Mr: 835379 Atcd: Nao Regul.
Data: 10/03/2016
Hora: 22:59:37
Recepcionista: ADEILDO JUSTINO DA S
Clinica: TRAUMATOLOGICA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuário: 2015.03 001054

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 10/10/1974 Id: 41 ano(s)

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAPE UF : PB

Mae: MARIA JOSEFA DOS SANTOS

INFORMACOES DE ENTRADA

el/Doc. Responsavel: 0 / CPF: 2083563

Procedencia: CASA

1-1. esporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

1 | Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

☐ Polittraumatizado ☐ Convulsão

FeSO₄

Altura:

☐ Hemorragia

Glicemia:

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Rec:

028:

☒ Regular

☐ Vomito

Queixa Principal

Observacao

Uma com deformidade antebraço Não é alérgico
estudo

Histórico - Exame Físico - (hora do atendimento médico).

Diagnosis

1. Conclude

Progress

horário da medicação



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Jon Sérgio dos Santos Data: 10/03/11
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: Sapé - PB
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Paciente sofreu acidente de moto, apresenta
fractura em antebraço B. No momento não
apresenta sintomas de Raio X;
Necessita para avaliação do ortopedista

Medicamento Administrado

Referenciado para: Dr. Sérgio dos Santos
Contra referência: Ortopedia
Motivo: _____
Contra referência para: _____

[Assinatura]
Dra. Luciene de Lacerda Santana
Médica
CRM - PB 9467



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA	
2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA	
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS	
Incisão:	
4) INCISÃO LATERAL DO ANTEBRAÇO E (VIA DE THOMPSON) + DISSECAÇÃO POR PLANOS	
5) INCISÃO MEDIAL DO ANTEBRAÇO E P/ ACESSO DA ULNA	
Achados:	
6) LOCALIZADO FOCO DE FRATURA EM DIÁFISE DO RÁDIO E DA ULNA E	
Conduta:	
7) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP + FURROS EM RÁDIO E	
8) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP E FURROS EM ULNA E	
9) CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
10) RX DE CONTROLE	
Fechamento:	
11) SUTURA POR PLANOS + CURATIVO	
12) TIEBIA	
OBS:	

Data:

14/04/16

Dr. Leonardo Torres
Médico
CRM - PE: 23572

MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Sergio dos Santos</i>		Registro: <i>9</i>		
Idade:	Sexo:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>11/03/16</i>	Cirurgião: <i>Heitor Romero</i>		1º Assistente: <i>Faz Frede</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura exposta do Antebraço</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<i>Limpeza cirúrgica</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descreva:		
1 () Sim 2 () Não				
Biópsia de Congelação:				
1 () Sim 2 () Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

paciente em decesso de novo

• bravura abundante CFS 0,5%

Incisão:

0: Asie pour l'Asie

Cremos e terrei

Achados:

Des Gu' d'amen to

New length of SF 95%

creative

Conduta:

Gold Standard

Fechamento:

OBS:

OBS: Não foi feita fixação mais apresento
bom de evolução e não há fixação
externa

Data:

140816

Dr. Heuler Fernando E. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
MEDICORGRAM
R. LUIZ DE SOUSA, 6511



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEG _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE SAPÉ/PB**



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 76/2016.

Exame Requisitado: **LESÃO CORPORAL**

Autoridade Requisitante: **Del. Pol. Manoei Carios da Silva Neto**

Local: **SAPÉ/PB**

Data: 13/07/16

Senhor (a) Gerente,

Solicitamos enviar equipe para realização de Exame de **CORPO DE DELITO** na
pessoa de:

Nome: **JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS**

RG: **2.083.563-2 VIA-SSP/PB**

CPF: **024.339.354-74**

Sexo: **MASCULINO**

Nacionalidade: **BRASILEIRO;**

Natural de **SAPÉ/PB**

Nascido em: **10/10/1974;**

Idade: **41 ANOS**

Filiação: **Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos**

Grau de Escolaridade: **alfabetizado**

Residente na Usina Santa Helena- Sapé-PB

Estado Civil: **solteiro**

Ocupação Habitual: **Soldador**

Data e hora da ocorrência: **Dia 10/03/2016**

Local onde o fato ocorreu: **Usina Santa Helena**

Histórico: A vítima sofreu um acidente de moto, no dia 10/03/16, por volta das 19:horas, na Usina Santa Helena, quando caiu da motocicleta vindo a quebrar o braço.

MANOEL CARLOS DA SILVA NETO
Delegado de Polícia Civil

**ÀO SENHOR
GERENTE DO GEMOL**

RECEBIDO

Em: 19/07/2016

Assinatura: Eduardo Barbosa de Souza

Matrícula: Eduardo Barbosa de Souza
Matrícula: 133.951-6





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.072016.05577

JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS

Órgão requisitante: DP de Sapé/PB
Dr(a): Manoel Carlos da Silva Neto

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Manoel Carlos da Silva Neto
DP de Sapé/PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 479716 Laudo nº: 03.01.06.072016.05577

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 19/07/2016. Hora do exame: 08:50h.

Órgão Requisitante: DP de Sapé/PB. Nº da Solicitação: 76/2016. Autoridade Solicitante: Manoel Carlos da Silva Neto. Nome: JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS, 41 anos de idade, sexo: masculino. Raça/cor: parda. Filho (a) de: Francisco Malaquias dos Santos e de: Maria Josefa dos Santos, Estado civil: Solteiro (a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Sapé/PB. Profissão: soldador.

HISTÓRICO: Relata que sofreu acidente de trânsito em 10/03/2016.

DESCRIÇÃO: Vemos duas cicatrizes cirúrgicas em terço médio e distal de antebraço esquerdo: uma lateralmente e outra medialmente. Há leve edema desta área, e o periciado tem leve dificuldade de fazer a pronação deste antebraço. Vimos laudo hospitalar que relata atendimento em 10/03/2016, com fratura em antebraço esquerdo e realização de cirurgia corretiva de fratura.

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODE RESULTAR. DEVERÁ RETORNAR EM 90 (NOVENTA) DIAS, PARA REAVALIAÇÃO, MUNIDO DE LAUDO MÉDICO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, ELUCIDANDO SE HÁ SEQUELAS E SE ELAS SÃO DEFINITIVAS.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURA.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? PODE RESULTAR. DEVERÁ RETORNAR EM 90 (NOVENTA) DIAS, PARA REAVALIAÇÃO, MUNIDO DE LAUDO MÉDICO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, ELUCIDANDO SE HÁ SEQUELAS E SE ELAS SÃO DEFINITIVAS.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr(a). Felipe Gurgel de Araújo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 157.630-5 CRM 5745/PB

 DR. FELIPE GURGEL
Perito Médico - Legal Oficial PB
Matrícula 157.630-5 / CRM 5.745





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE SAPÉ/PB**



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 118 /2016.

Exame Requisitado: EXAME COMPLEMENTAR/

Autoridade Requisitante: Del. Pol. FREDERICO CLAUDIO M. MAGALHÃES

Local: Sapé/PB

Data: 09/11/2016

OBS: Encaminhar o Resultado para a Delegacia de Sapé/PB.

Senhor (a) Gerente.

Solicitamos enviar equipe para realização de Exame Complementar na pessoa de:

Nome: JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS

Sexo: masculino

Nacionalidade: brasileiro;

Natural de Sapé/PB

Nascido em: 10/10/1984

Idade: 42 anos

Filiação: Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos

Grau de Escolaridade: alfabetizado

Residente: Usina Santa Helena- Sapé-PB (Tel. 991516143)

Estado Civil: solteiro

Ocupação Habitual: Soldador

Data e hora da ocorrência: 10/03/2016, por volta das 19:00 hs

Local onde o fato ocorreu: Na Usina Santa Helena- Sapé-PB..

Histórico: A Vítima sofreu um acidente de Moto, no dia 10/03/16, por volta das 19:00horas, na Usina Santa Helena, quando caiu da Motocicleta vindo a quebrar o braço.

MANOEL CARLOS DA SILVA NETO
Delegado de Polícia Civil

**ÀO SENHOR
GERENTE DO GEMOL**

RECEBIDO

Em: ____/____/____

Assinatura: _____





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Sapé

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7).

PROCESSO N. 0800284-97.2020.8.15.0351 [ACIDENTE DE TRÂNSITO].

AUTOR: JOSE SERGIO DOS SANTOS.

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

DESPACHO

Vistos, etc.

Sem prejuízo de eventual impugnação, defiro os benefícios da gratuidade judiciária, face a declaração firmada e da ausência de elementos que afastem a presunção de pobreza.

Da leitura da peça de ingresso, entendo que o caso exige a emenda.

Com efeito, a legislação pertinente determina que a indenização do seguro DPVAT será paga mediante a simples prova do acidente e do dano decorrente, não exigindo a apresentação da prova do recolhimento do valor do prêmio do seguro obrigatório por parte da vítima ou seu beneficiário.

O valor de referência é R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), inserido na Lei do DPVAT (n. 6.194/1974), por meio da Medida Provisória n. 340/2006, em vigor desde a data de sua publicação, em 29 de dezembro de 2006, e, posteriormente, convertida na Lei n. 11.482/2007.

Todavia, e eis o relevante, **não há valor indistinto para qualquer tipo de cobertura, variando se o caso é de morte ou invalidez total e permanente, ressarcimento de despesas médicas, e debilidade.** Assim, para cada tipo de sinistro que resulte debilidade, deve ser observada a tabela de repercussão no patrimônio físico introduzida na Lei do DPVAT pela Medida Provisória n. 451/2008, publicada em 16 de dezembro de 2008 e retificada em 22 de dezembro de 2008, e depois convertida na Lei n. 11.945/2009, publicada em 24 de junho de 2009 e produzindo efeitos a partir de 16 de dezembro de 2009 (art. 33, IV, alínea "a").

A Súmula n. 474 do Superior Tribunal de Justiça, a propósito, é muito clara nesse sentido, ao preconizar que: **"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".**

No caso em apreço, ao expor o fato que dá suporte a pretensão, afirmou o autor o seguinte:

"No dia 10/03/16, o requerente sofreu acidente automobilístico, sendo socorrido e encaminhado ao Hospital de Sá Andrade, posteriormente, encaminhado ao Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity (Trauminha de João Pessoa) recebendo como diagnóstico: fratura exposta de antebraço esquerdo.

Dessa forma, constatou-se o nexo causal entre o acidente e a sequela definitiva. A partir de então, a vítima, ora Promovente, procurou munir-se da documentação necessária, para fazer valer seus direitos, vez que tal indenização, na hipótese de invalidez permanente deve ser paga, conforme disciplina o art. 3.º da Lei n.º 6.194, de 19 de dezembro de 1974.

Em 19/07/2016 foi realizada perícia na Gerência Executiva de Medicina Legal, o qual, não fora respondido administrativamente.

Quanto ao valor da indenização devida ao Autor, esta ficará a critério do d. Julgador, vez que tem o livre arbítrio para decidir, de acordo com seu livre



convencimento, pois a lei estabelece apenas o limite máximo da indenização, mas não fixa critério por porcentagem de debilidade.” (Num. 28459986 - Pág. 1)

Como se vê, em momento algum se esclarece se houve invalidez, gastos com tratamento e medicamento, ou debilidade, **com especificação do que seriam as “limitações físicas”, e indicação de área do corpo atingida ou tipo de comprometimento das funções motoras.**

Da leitura da petição inicial, portanto, não há como se compreender o exato pedido de mérito. E a omissão, evidentemente grave, além de comprometer o exercício da ampla defesa e do contraditório impede que seja realizada a instrução do processo ou mesmo um julgamento hígido da causa, de sorte que não há outra solução a ser dada senão a e determinar a emenda da inicial.

Com essas considerações, impõe-se a **INTIMAÇÃO DO AUTOR**, por seu advogado, a fim de que emende a inicial, informando, precisamente, qual o fundamento do pedido (se a indenização tem por base a existência de debilidade ou gastos médicos, etc), com especificação das circunstâncias de fato (qual área atingida, região, e indicação do tipo e grau de limitação física, ou valor dos gastos com sua comprovação).

Esclareça-se que o cumprimento é em 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento e extinção.

Publicado eletronicamente.

SAPÉ, 27 de fevereiro de 2020.

Anderley Ferreira Marques
JUIZ DE DIREITO



AO JUÍZO DA 01 VARA MISTA DE SAPÉ – PB.

PROCESSO Nº 08000284-97.2020.815.0351

JOSÉ SERGIO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 2.083.563– SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº 024.339.354-74, residente e domiciliado na Pov. Usina Santa Helena, nº 25, Sapé/PB, por sua advogada legalmente constituída, informar o que segue:

Trata-se a presente demanda de pedido de indenização pelo seguro DPVAT. É cediço que a sequela só será determinada mediante perícia médica a ser realizada mediante *Expert* indicado pelo juízo, motivo pelo qual, resta superado o fundamento do pedido.

Ademais, da análise da documentação médica acostada com a peça de ingresso, verifica-se que o autor sofreu fratura exposta de antebraço esquerdo, demonstrando-se qual área afetada em razão do acidente sofrido.

Outrossim, informa que o pedido da exordial se restringe apenas ao pedido de indenização pela sequela a ser apurada mediante perícia médica, não englobando os gastos médicos.

Assim, restando demonstrando o pedido e a causa de pedir do autor, ratifica os termos da inicial.

João Pessoa, 10 de Março de 2020.

MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA
OAB-PB 11.662-B





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Sapé

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7).

PROCESSO N. 0800284-97.2020.8.15.0351 [Acidente de Trânsito].

AUTOR: JOSE SERGIO DOS SANTOS.

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

DECISÃO

Vistos, etc.

Recebo a petição inicial, por preenchimento de todos os seus requisitos.

Verifica-se que a parte promovida apontada, tradicionalmente, abstém-se de tornar efetiva as técnicas autocompositivas, sobretudo antes da realização de eventual perícia. Logo, sendo inviável, ao menos nessa fase, a mediação e a conciliação, deixo de determinar a sua realização. Deste modo, **CITE-SE** a parte promovida, para no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar contestação, sob pena de revelia e confissão.

Publicado eletronicamente.

SAPÉ, 21 de abril de 2020.

Anderley Ferreira Marques
JUIZ DE DIREITO

