



**TRIGUEIRO & NOBREGA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

O(A) Outorgante Rita Atores da Silva  
brasileira, solteira, agricultora portador (a) do RG nº  
36.315.990-3 expedido por SSP/SP e CPF nº 321.944.088-60, residente e  
domiciliado(a) na(o) Rua Severino Inocencio de Sousa  
nº 636, Bairro dos Groços, Cidade Curité UF PB, pelo presente

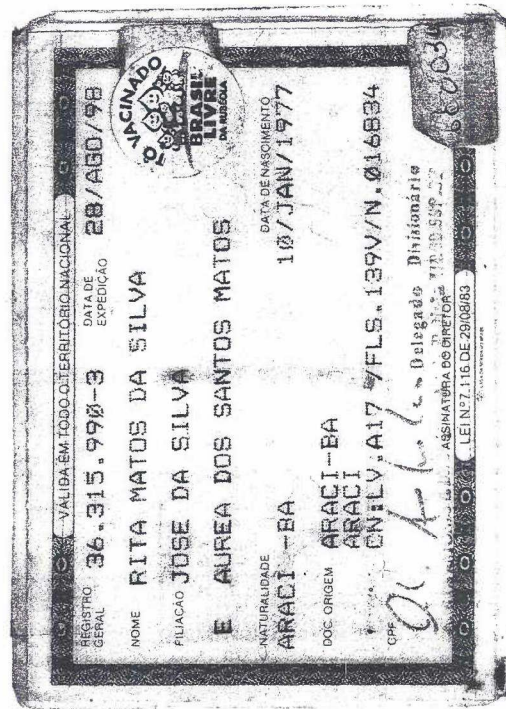
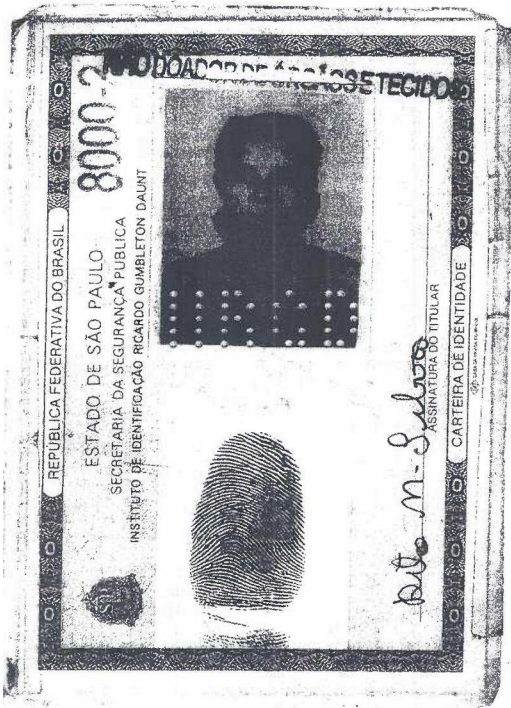
instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procuradores e advogados os  
Bels. NILO TRIGUEIRO DANTAS, portador do CPF nº. 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220  
e na OAB-RN sob nº. 834-A, e, DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA, inscrito na OAB/PB sob nº.  
17068, brasileiros, casados, advogados, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº  
47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0\*\*83) 3371-2274, a qual  
confere poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, podendo  
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, firmar compromissos, prestar primeiras e últimas  
declarações, receber e dar quitação, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou  
concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições  
públicas, federais, estaduais, municipais, conjunto ou separadamente, e, em especial, receber em juízo  
o competente Alvará Judicial que for expedido em favor do(a) outorgante, praticar todos os atos  
necessários para o cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer.

Picuí-PB, 12 de Fevereiro de 2016.

nilo na to siva  
Outorgante

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: nilotdantas@hotmail.com / nelinhoadv@gmail.com





MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
18 SET. 2013  
PROTOCOLADO  
AG. JOAO PESSOA



RITA MATOS DA SILVA  
 RUA SEVERIANO INOCENCIO DE SOUZA, 535 - DAS GRACAS  
 CUITE / PB CEP 56179000 (AG 80)  
 Emissão: 28/03/2018 Referência: Mar / 2018  
 Classe/Subcls. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Kit235 - Círculo Residencial-João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
 Roteiro: 17 - 105 - 105 - 4235 Nº medidor: 00008755712

**Energisa**  
 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº004.339.494  
 Cód. para Deb. Automático: 00017708999

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

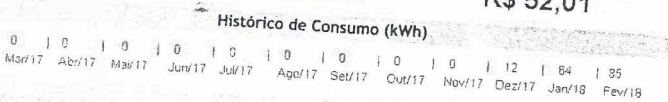
Conta referente a **Apresentação** Data prevista da próxima leitura **CPF/ CNPJ/ RANI**  
 Mar / 2018 28/03/2018 27/04/2018 32194408860  
**UC (Unidade Consumidora):** Insc. Est. 5/1770089-9

**Canal de contato**  
 - Furtos de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dor cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, e até incêndios  
 - Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias											
Data	Leitura	Data	Leitura												
27/03/18	183	28/03/18	232	69											
<b>Demonstrativo</b>															
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/Valor	Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc.	ICMS(R\$)	ICMS	Base Calc.	ICMS(R\$)	ICMS	Base Calc.	ICMS(R\$)	ICMS
066	Consumo em kWh	69,000	0,694640	47,93	47,93	25	11,98	47,93	0,32	1,49					
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA	4,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS													

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 52,01 47,93 11,98 47,93 0,32 1,49

Média últimos meses (kWh) 54  
**VENCIMENTO 05/04/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 52,01**



c532.90e2.b70b.b591.8a1c.2b44.60d6.bb19

**Indicadores de Qualidade** 1/2018 - Cuiabá

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,55	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,10		
DIC ANUAL	22,21		
FIC MENSAL	3,36	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	6,72		
FIC ANUAL	13,45		
DRSC	3,30	0,00	
DRSI	12,32		

**Discriminação do Consumo**

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. do Energia/PB	13,07	25,12
Compra de Energia	15,45	29,71
Serviço de Transmissão	2,00	3,85
Encargos Setoriais	3,62	6,98
Impostos Diretos e Encargos	17,87	34,36
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>52,01</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 1/2018) R\$ 16,96

**ATENÇÃO** - Leitura confirmada **Faturas em atraso**

13 SET. 2018  
 PROTOCOLO  
 DO PESSOA

FARAIBA  
 Roteiro: 17 - 105 - 105 - 4235 **VENCIMENTO 05/04/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 52,01**  
 Matrícula: 1770089-2018-03-3

83600000000-7 52010054000-1 17700892018-9 03300105019-5



**DECLARAÇÃO**  
**(Lei 7.115)**

Eu, Rita Nates da Silva  
brasileiro(a), solteira, agricultora, portador do  
RG nº 36.315.990-3 expedido por 558/SP e do CPF nº  
321.944.088-60, residente  
na(o) Rua Severino Inocencio de Souza,  
município de cuti - PB, **DECLARO**, nos precisos termos do art. 1º da  
lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (lei da desburocratização), para o fim de dispensa de  
custas processuais, **QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI**, cuja situação econômica não  
me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento  
próprio ou da família, **BEM COMO QUE RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA**  
**ENUNCIADO.**

Declarando ainda, ser conhecedor(a) das sanções civis, administrativas e  
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Picuti - PB, dia 02 de FEVEREIRO de 2016.

Rita Nates da Silva

DECLARANTE

(A rogo se não souber ler nem escrever)

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983  
DOU 30/8/1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.  
O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.**

**Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.**

**Art. 2º Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.**

**Art. 3º A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.**

**Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.**

**Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.**

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel /Hélio Beltrão





## SINISTRO 3180434261 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** RITA MATOS DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** RITA MATOS DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 32194408860

**Posição em 15-10-2018 14:41:32**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

*LAUDO MÉDICO  
RAIO-X  
INTERVENÇÃO COMPLETA*



**OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 011/2018**

Aos **07 de março de 2018**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **DÉCIO DE SOUZA FILHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE S AZEVEDO**, ao final assinado, ai, por volta das **09:55** horas, compareceu **RITA MATOS DA SILVA**, conhecido(a) por **RITA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **41 anos de idade**, nascido(a) aos **10/01/1977** em **ARACI – BA**, filho(a) de **JOSÉ DA SILVA** e **AUREA DOS SANTOS MATOS**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **36.315.990-3**, expedido pela **SSP/SP** e C.P.F. de Nº **321.944.088-60**, residindo no seguinte endereço **RUA SEVERINO INOCENCIO DE SOUZA, 636**, bairro **DAS GRAÇAS**, cidade de **CUITÉ – PB**, telefone: ( ) , celular: **(83) 9.96258278**, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:

QUE na data 25.10.2015, por volta das 15:00 horas, a notificante caminhava na Rua Severino Inocencio, Bairro das Graças, Cuité/PB, quando ia atravessar a rua tomou um susto de um cachorro e não viu um carro GOL BRANCO que se aproximava, em baixa velocidade, e foi atropelada pelo mesmo, o qual estava sendo dirigido pelo Sr.º Francisco de Assis dos Santos, o qual prestou socorro e toda a assistência à notificante; QUE, o Sr.º Francisco, também conhecido popularmente como "Neguinho", é portador da CNH 03393102670 DETRAN RN, e reside na cidade de Jaçanã/RN e estava no seguinte veículo: VW/GOL MI, COR BRANCA, ANO/MODELO 1997/1997, PLACA MXX 4168/RN, CHASSI 9BWZZ377VT086814, CÓDIGO RENAVAL 00176941118, LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS; QUE, a notificante, com o impacto do veículo, caiu ao chão e foi socorrida pelo próprio motorista, o qual o levou para o Hospital de Cuité, de onde foi encaminhada para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB e foi o próprio motorista FRANCISCO que a levou até Campina Grande/PB, onde foi diagnosticado que a notificante sofreu uma Fratura Bilateral dos Punhos, conforme laudos apresentados no ato desta Ocorrência; QUE, a notificante foi submetida a uma cirurgia nos dois punhos e passou três anos sem poder realizar suas funções profissionais e desde então não consegue realizar suas atividades como dantes. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) notificante assinada.**

TESTEMUNHAS:

1 – Nome: FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS, R.G. n.º 2143275 SSP/PB, C.P.F. n.º 014.318.124-63.

Endereço: RUA MARIA JUSTINA 271 CENTRO JAÇANÃ/RN.

2 – Nome: DAMIANA CÍCERA DA SILVA LIMA, R.G. n.º 496.837 2ª VIA SSP/PB, C.P.F. n.º 207.583.674-49.

Endereço: RUA NAPOLEÃO LAUREANO 157 CENTRO CUITÉ/PB.

Nova Floresta/PB, 16 de abril de 2018.

*Rita Matos da Silva*

**RITA MATOS DA SILVA**

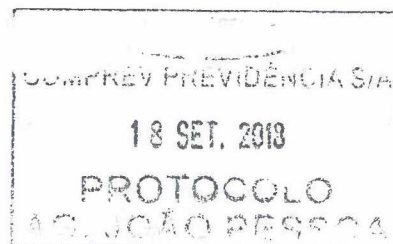
Notificante



*Leandro R. de S. Azevedo*

**LEANDRO R. DE S. AZEVEDO**

Escrivão de Polícia



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN 9279/0093 Nº 011881747888  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00176941118	*****	2015

NOME  
FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS

CPF / CNPJ PLACA  
014.318.124-63 NEX4168

PLACA ANT / UF CHASSI  
RN7858 / RN 988Z22377VJ086814

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PASSAGEIRO/AUTOMÓVEL/VAO HIBRIDAVEL GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
VW/COL MI 1997 1997

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
47/62CV PARTICULAR BRANCA

COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	1ª	ISENTO
R\$ 0.00	27/04/2015	2ª	ISENTO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	3ª	ISENTO
A 115737 3X	R\$ *****		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\* TAXAS DENATRAN: PACO \*\*\* DPVAT: PACO

OBSERVAÇÕES  
MOTOR: AF2086469

JACANA / RN DATA  
27/04/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT

RN Nº 011881747888 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	014.318.124-63	NEX4168

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	27/04/2015

RENAVAM	MARCA / MODELO
00176941118	VW/COL MI

ANO FAB.	CAL. TARE	Nº CHASSI
1997	1	988Z22377VJ086814

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAG. PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	



SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.008/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

OUT / 2014

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
13 SET. 2013  
PROTÓCOLO  
AS. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
		
NOME <b>FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS</b>		
		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR DE IP 2143275      SSP      PB		
CPF 014.318.124-63		DATA NASCIMENTO 20/09/1975
FORMAÇÃO <b>ESTELITA FERNANDES DOS SANTOS</b>		
PERMISSÃO <input type="checkbox"/>	ACC <input type="checkbox"/>	CATEG. AD
Nº REGISTRO 03393102670	VALIDADE 14/07/2018	1ª HABILITACAO 29/09/2004
OBSERVAÇÕES		
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Francisco de Assis dos Santos</i>		
LOCAL NATAL, RN		DATA EMISSAO 15/07/2013
ASSINATURA DO EMISOR <i>[Signature]</i>		14561175389 RN701775682
DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)		

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
748798198

PROIBIDO PLASTIFICAR  
748798198

PROPRIETARIO DO VEICULO

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
18 SET. 2013  
PROTOCOLADO  
AG. JOAO PESSOA

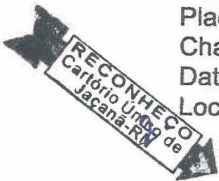




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco de Assis dos Santos,  
RG nº 2143275, data de expedição  / / ,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 014.318.124-63, com  
domicílio na cidade de Jacaná, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Maria Justina, nº 271,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Rita Lopes da Silva, cujo o condutor era  
a mesma.

Veículo: VW GOL  
Modelo: GOL MI  
Ano: 1997  
Placa: MXX 41681RN  
Chassi: 9BWZZ377V+086814  
Data do Acidente: 25.10.2015  
Local e Data: JACANÁ RN, 13/04/18



Francisco de Assis dos Santos  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO ÚNICO DE JACANÁ-RN  
Reconheço a(s) firma(s) de Francisco de Assis dos Santos.  
\_\_\_\_\_ por semelhança, do  
que dou fé.  
Jaçaná-RN  
18 de Abril de 2018  
CARTÓRIO ÚNICO DE JACANÁ-RN

Caio Felipe Feitosa Confessor  
Escrevente Autorizado



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Rita Motos da Silva CPF da Vítima: 321.944.088-60 Data do Acidente: 25.10.2015

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

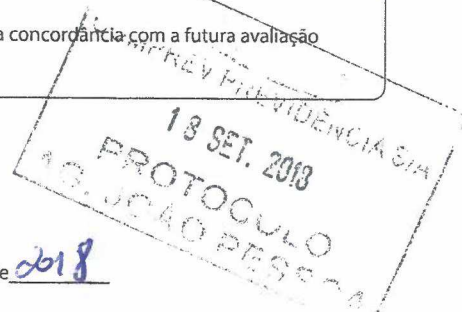
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Picui-16 23 de MAIO de 2018  
Local e Data

Rita Motos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO

Eu, Damiana cicena da S. Lima venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 25/10/2018, por volta das 15:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Rita Lopes da Silva levando-o(a) ao Hospital de cuité para tratamento de lesões que o(a) mesmo sofreu no acidente em que foi vitima, visto que na cidade onde mora não consta Atendimento ou Remoção pelo Samu, Corpo de Bombeiros, Anjos do asfalto e outros.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se julgarem necessários.

M. Florosia **RECONHEÇO** 23 de ABRIL de 2018.

Atenciosamente,

Damiana Cicena da Silva Lima  
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL  
Rua Prof. Felinto Florentino, 60  
Centro - Tel: (83) 3374-1414  
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s), fi. ma(s) e letra(s) por autenticidade de: Damiana Cicena da Silva Lima

Dou fé. Test\* ( flor ) da verdade.  
Nova Floresta-PB 23 / abril / 2018.

Adriana da Silva Costa Oliveira  
Eliana Clementino Pereira  
Escrevente Substituta

AGT45193 - 18QK

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

Serviço Not. e Registro Civil  
Eliana Clementino Pereira  
Escrevente Substituta  
Nova Floresta - Comarca de Cuité - PB



## DECLARAÇÃO

Eu, Francisco de A. dos Santos, venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 25/10/2018, por volta das 15:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Rita Mates da Silva levando-o(a) ao Hospital de Cuite para tratamento de lesões que o(a) mesmo sofreu no acidente em que foi vítima, visto que na cidade onde mora não consta Atendimento ou Remoção pelo Samu, Corpo de Bombeiros, Anjos do asfalto e outros.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se julgarem necessários.

JAÇANÃ-RN, 28 de Abril de 2018.

Atenciosamente,

Francisco de Assis dos Santos

ASSINATURA DA TESTEMUNHA



CARTÓRIO ÚNICO DE JAÇANÃ-RN  
Reconheço a(s) firma(s) de Francisco de Assis dos Santos por semelhança, do que dou fé.

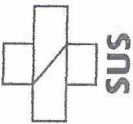
Jaçaná-RN  
28 de Abril de 2018  
CARTÓRIO ÚNICO DE JAÇANÃ-RN

Caio Felipe Feltosa Confessor  
Escrevente Autorizado





HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ CÓDIGO CNES: 234264-2  
ENDEREÇO: RUA 15 DE NOVEMBRO, 160 - CENTRO MUNICÍPIO: CUITÉ ESTADO: PARAÍBA UF: PB  
Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ Nº FICHA: 113 HORA: 19:15h

PACIENTE  
NOME: Rita Mota da Silva SEXO: F IDADE: 37  
PROFISSÃO: Agricultora COR: Amela DOCUMENTO: 36315990-3  
MÃE: Áurea dos Santos Mota ESTADO CIVIL: Solteira  
ENDEREÇO: R. Ana Medina da Farias 606  
MUNICÍPIO: N. Floresta TEL.: \_\_\_\_\_ ESTADO: PB UF: PB  
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2520105 CNS: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1977 DATA DO ATENDIMENTO: 25.10.2015

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Profuno balatral do  
gargalo após ter suado  
dehidratado com entorpecimento  
generalizado a p

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Exame físico 2 - fratura  
Exame físico 3 - fratura

RESULTADOS

Recepcionista: \_\_\_\_\_

MATERIAIS USADOS

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 1-ELETIVO.
- 2- URGÊNCIA.
- 3- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
- 4- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
- 5- OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÁNSITO.
- 6- OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO  
Poliomielose CID-10:

ENCAMINHAMENTO:

- MEDICAÇÃO:  1- PRESCRIÇÃO  OBSEVAÇÃO  RESIDÊNCIA  
 2- APLICADA  INTERNAÇÃO  OUTROS HOSPITAIS  
 3- \_\_\_\_\_  ÓBITO  OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-	_____	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____	_____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S) - CARIMBO PPP

CNS \_\_\_\_\_ CBO \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_  
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ OU POLEGAR DIREITO \_\_\_\_\_  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO \_\_\_\_\_ ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO \_\_\_\_\_



*Menezes*

**GOVERNO DA PARAIBA** SECRETARIA DE SAÚDE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

**SUS** **FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

**NATUREZA DA CONSULTA**  
 Consulta Básica (PAB) \_\_\_\_\_  
 Consulta Especializada \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO**

**TIPO DE ATENDIMENTO**  
 01 - URGÊNCIA  
 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA  
 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO  
 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

**MEDICAÇÃO**  
 01 - PRESCRITA  
 02 - APLICADA

**ENCAMINHAMENTO**  
 OBSERVAÇÃO  
 RESIDÊNCIA  
 OUTRO HOSPITAL  
 CBIO  
 INTERNAÇÃO  
 OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS:**  
 CÓDIGO / PROCEDIMENTO      CSO      IDADE


**ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) RESPONSÁVEL(ES) - CARIMBO(S)**  
*Dr. PAVÃO*  
 CRM - 78723/1007 13880

**ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO**  
*Responsável de Assis dos Santos*

**ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)**

**UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO**  
 Código da Unidade: 00023671      CNPJ: 06-776-266/0001-60  
 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
 Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS  
 Município: CAMPINA GRANDE      Estado: PARAIBA      UF: 25

**PACIENTE:**  
 Nome: PRORTUÁRIO Nº: 1241876      Sexo: FEMININO      Idade: 36  
 Professora MATOS DA SILVA      Documento: 363195903  
 Endereço: AGRICULTORA 84- 587110135 (KT)      Bairro: DUARTE PEREIRA  
 Município: TOLMAS CAMPOS, 293      Estado: PB      CEP: \_\_\_\_\_  
 Data Atendimento: 1 / 1 / 2015      Código do Município: 550640

**RAÇA/COR**  
 ( 1 - BRANCA NASCIMENTO: TOCANIZÉ PRETA      QUEIMAS: FRATURA NA ALÍVEA DOS FUNHOS  
 ( 14 - AMARELA      ( 15 - INDÍGENA      ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:**  
*Tratado de nível básico*

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE**  
 TIPO

**RESULTADOS**  
 1. 18 SET. 2015  
 2. 20 SET. 2015  
 3. 20 SET. 2015  
 4. 20 SET. 2015  
 5. 20 SET. 2015

**MATERIAIS, MÉDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS**  
*Medicamentos e outros recursos*

**DIAGNÓSTICO / CID:**  
*As radiol. foram básicas*

MOD. 91E





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: Rita Matos da Silva	
End: R. Tomás Campos, 293	Bairro: I. João Pessoa
Data de Nascimento: 30/03/1977	Documento de Identificação: CCid 6 - PB
Cuixa: Fratura	Data do Atend: 25/10/15 Hora: 8:29 Documento:

*Bilateral dos Punhos* Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo ( ) Fútil de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

Estratificação

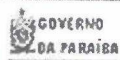
MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
- Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
- Azul - atendimento ambulatorial

*ortopedia*  
Rita Matos da Silva  
CRM/PB: 6101

Assinatura e carimbo do profissional

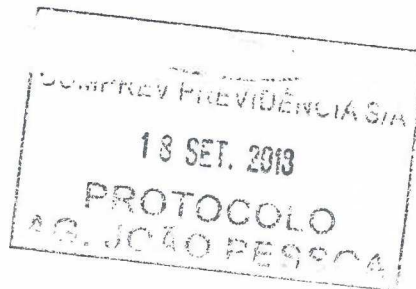


SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: RITA MATOS DA SILVA  
DATA DO EXAME: 25.10.2015  
RADIOGRAFIA DE PUNHOS

- Fratura bilateral do rádio distal e unilateral do processo estiloide da ulna sem desvios importantes.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

7



Dra. Catarina Aguiar  
CRM/PB: 5278

Dra. Minam Albino  
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias  
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda  
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Mota  
CRM/PB: 6101





**Hospital e Maternidade Municipal de Cuité**

Rua 15 de Novembro, n.º 160 - Centro - 58175-000

Telefone: (53) 3372-2766 / 3372-2240

Email: [hospit@curit@hotmail.com](mailto:hospit@curit@hotmail.com)

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

• AO HOSPITAL: <u>Emergência e Trauma de C-C</u>	
• DATA: <u>25/10/15</u>	
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
• PACIENTE: <u>Rita Maria da Silva</u>	
• IDADE: _____	
<b>FILIAÇÃO</b>	
• PAI: _____	
• MÃE: _____	
• ENDEREÇO: _____	

**MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:**

Fratura bilateral dos  
punhos

281015

PROVIDÊNCIA SIM  
13 SET. 2015  
PROTOCOLO  
42 JOÃO PESSOA  
D. O. JOSÉ PINO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CUIITÉ - PB

\_\_\_\_\_  
Professional Responsável







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Cuité**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800224-49.2019.8.15.0161

**DESPACHO**

Considerando a postura reiterada do demandado em não realizar acordos em demandas desse jaez, bem como a ausência de centros judiciários de solução consensual de conflitos nessa comarca, a necessidade de racionalização dos atos processuais e a necessidade de efetivação da prestação jurisdicional sugere que seja determinada a CITAÇÃO PARA OFERECIMENTO DE CONTESTAÇÃO, SEM A REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR, com renovação da tentativa de conciliação após a produção da prova documental – o que implicará em maior aptidão das partes de avaliar sua posição processual.

CITE-SE A PARTE RÉ, para responder ao processo no prazo de 15 (quinze) dias, oportunidade em que deverá acostar toda a prova documental referente à causa, sob pena de arcar com os ônus probatórios da sua inércia.

Apresentada a contestação, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo: a) Em sendo alegada a ilegitimidade passiva, exercer a faculdade contida no art. do art. 338, do CPC/2015, no prazo de 15 (quinze) dias; b) Nas demais hipóteses, apresentar réplica à contestação (art. 350 e 351, do CPC/2015), no prazo de 15 dias.

Concedo a gratuidade da justiça, consoante art. 99, § 3º, do CPC/2015.

Cumpra-se.

Cuité (PB), 25 de março de 2019

FÁBIO BRITO DE FARIA

Juiz de Direito



