



TRIGUEIRO & NOBREGA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

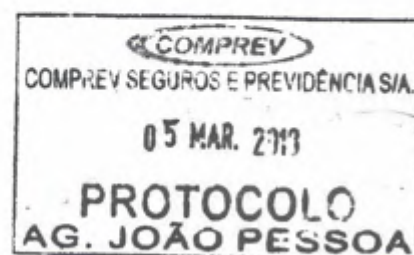
O(A) Outorgante Valquíria Costa Moura
brasileira, solteira agricultora, portador (a) do RG nº 003.256.434
expedido por SSP/RN e CPF nº 018.021.834-43 residente e
domiciliado(a) na(o) Rua 31 de março
nº 583 Bairro centro Cidade Joca Florista UF PB, pelo presente
instrumento particular de procuração, nomeia 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, ____ de ____ de 201_.

Valquíria Costa Moura
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





DECLARAÇÃO
(Lei 7.115)

Eu, Valquíria Costa Moura
brasileiro(a), solteira, agricultora, portador do
RG nº 003.256.434 expedido por SSP/RN e do CPF nº
018.021.834-42, residente
na(o) Rua 31 de março - 583 - centro,
município de Nova Floresta - PE. 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 NÓ 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.

_____ - __, ____ de _____ de 201__.

Valquíria Costa Moura

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 3180106402 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VALQUIRIA COSTA MOURA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO VALQUIRIA COSTA MOURA

CPF/CNPJ: 01802183442

Posição em 04-04-2018 15:50:19

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/04/2018	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50



OCCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 009/2017

NOTICIANTE: VALQUIRIA COSTA MOURA (84 9.8609-6086)

Aos vinte e nove dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete (29/11/2017), nesta cidade de Nova Floresta, Estado da Paraíba, no cartório desta unidade policial, sob a responsabilidade do Bel. Elias J. Rodrigues da Silva, aí compareceu **Valquíria Costa Moura**, brasileira, solteira, ensino médio completo, agricultora, nascido aos 14/07/1990, com 27 anos de idade, natural de Nova Floresta/PB, filha de Avânildo Oliveira Moura e de Maria Lenilda da Silva Costa Moura, portadora do R.G. 003.256.434 SSP/RN e do C.P.F. 018.021.834-42, residente na Rua 31 de Março 583 - Centro - Nova Floresta/PB, e fez o seguinte registro: QUE a noticiante, no dia nove do mês de agosto do corrente ano (09/08/2017), por volta das 17:00 horas, trafegava na sua motocicleta HONDA C100 BIZ, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2003/2003, PLACA MYF8942/RN, CHASSI 9C2HA07003R022280, CÓDIGO RENAVAM 00801047790, LICENCIADA EM NOME DE JOSIVÂNIA SILVA SANTIAGO DINIZ, na BR 104, KM 0, próximo a um Motel, neste município de Nova Floresta quando foi surpreendida por dois cães que, repentinamente, cruzaram a pista, tendo a noticiante conseguido desviar de um dos animais, no entanto chegou a se chocar com o outro animal, tendo por esta razão perdido o controle da moto e caiu na pista; QUE, a noticiante foi socorrida por uma casal, o qual estão como testemunhas neste Boletim de Ocorrência; QUE, a noticiante foi encaminhada para a Unidade Mista Nossa Senhora das Graças, nesta cidade, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos e depois, transferida para o Hospital Regional de Pícuí/PB, onde, dois dias depois, passou por procedimentos cirúrgicos no tornozelo e fíbula direitos; QUE, a noticiante continua, até a presente data, sem conseguir exercer suas atividades profissionais em virtude das sequelas do acidente, motivo pelo qual o médico deu-lhe um atestado de seis (6) meses para que pudesse se recuperar das lesões e das cirurgias. Por esta razão, veio a esta Depol fazer a notificação para que sejam tomadas as medidas legais cabíveis. Nada mais havendo a tratar, ciente o Noticiante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal, deu-se por encerrado a presente Ocorrência Policial, devidamente assinada a Ocorrência Policial, pelo Noticiante e por mim, Leandro Rodrigues de Souza Azevedo que o digitei.

1ª TESTEMUNHA: José Valmir Silva, portador do R.G.: 001.027.855 SSP/RN e do CPF: 674.235.664-20 - Residente na Rua Francisco Pereira, s/n - Centro - Jacanã/RN.

2ª TESTEMUNHA: Maria Solange da Silva, portadora do R.G.: 1.364.864 - SSP/RN e do CPF: 013.233.234-57 - Residente na Francisco Pereira - Centro - Jacanã/RN.

Nova Floresta PB, 29 de novembro de 2017.

Noticiante

Valquíria Costa Moura

Leandro Rodrigues de Souza Azevedo
Escriturário - Mat. 186.896-8

Nova Floresta - Paraíba



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josivanira Silva Santiago Diniz,
RG nº 2.411.045, data de expedição 05/06/2010,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 042.057.384-47, com
domicílio na cidade de Nova Floresta, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Severino Simão de Andrade, nº 510,
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 Valquíria Costa Moura, cujo o condutor era
Valquíria Costa Moura.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Nonda 125cc/3
Ano: 2003
Placa: MYF8942
Chassi: 9CJ NA07 0037022280
Data do Acidente: 09/08.2017
Local e Data: 05 de Dezembro de 2017

RECONHECIMENTO

Josivanira Silva Santiago Diniz
Assinatura do Declarante

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

Serviço Not. e Registro Civil
Rua Prof. Felinto Florentino, 60
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço a(s) fi. na(s) e letra(s) por autenticidade
de Josivanira Silva Santiago Diniz
Dout. Testº () da verdade.
Nova Floresta - PB, em 05/12/2017
Eliana Clementino Pereira
Escrivã Substituta

AGC32192 - 7HG3

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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 9821/0171 Nº 012392147118
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00801047790 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
JOSIVANIA SILVA SANTIAGO DINIZ

CPF / CNPJ 042.057.384-47 PLACA MT8942

PLACA ANT / UF MT8942/RN CHASSI 9C2HA07003R022280

ESPECIE TIPO PASSAGIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/C100 BIZ ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

CAP / POT / CIL 0CV/97 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 21/03/2016 1º ISENTO

FAIXA LPVA 002002 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ ***** 2º ISENTO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: HA07E-3022280

JACANA/RN DATA 21/03/2016

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN
Expedição

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

RN Nº 012392147118 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 21/03/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 042.057.384-47 PLACA MT8942

RENAVAM 00801047790 MARCA / MODELO HONDA/C100 BIZ

ANO FAB. 2003 CAT. TRAF. 9 Nº CHASSI 9C2HA07003R022280

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEMPRE PAGO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.689/0001-04
www.segurodalider.com.br

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Valquíria Costa Moura

CPF da Vítima

018.021.834-42

Data do Acidente

09.08.2017

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:

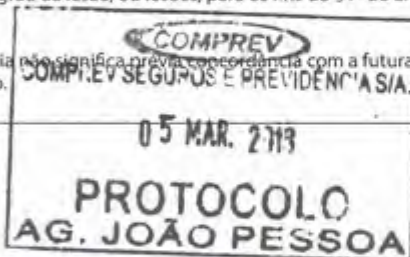
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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.



N. FLORESTA, 22 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Valquíria Costa Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017



DECLARAÇÃO

Eu, José Valmir Silva, Venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 09/08/2017, por volta das 17:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Valquíria Costa Moura levando-o(a) ao Hospital Mossa S. dos Grupos 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 julguem necessários.

Bicuí-PB, 16 de fevereiro de 2018.

Atenciosamente,

José Valmir Silva
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 600
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s) firma(s) e letra(s) por autenticidade de: José Valmir Silva.

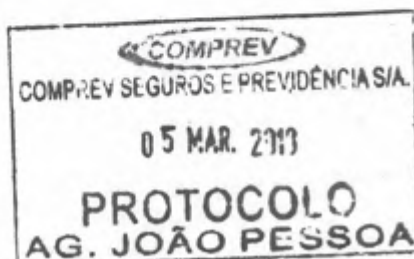
Dou fé. Teste: 16 de fevereiro de 2018.

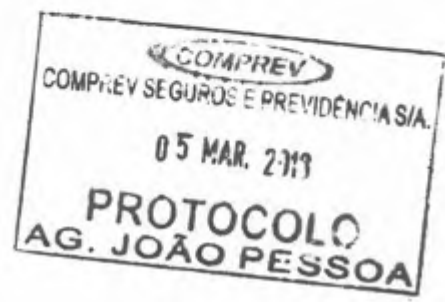
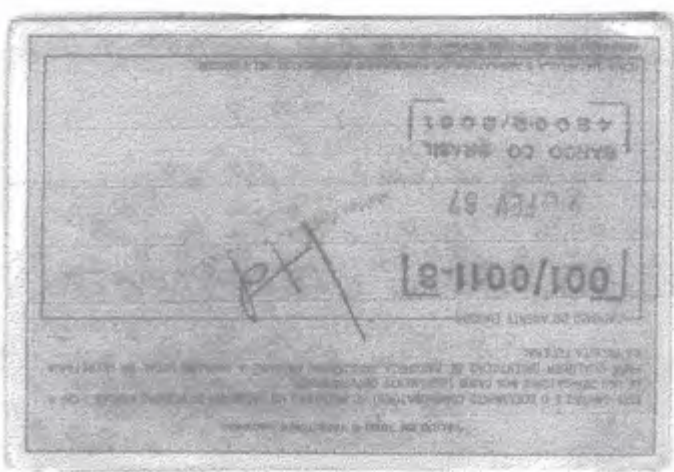
Eliana Clementino Pereira
Escrivente Substituta

AGI88984 - ASSY

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

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





DECLARAÇÃO

Eu, Maria Solange da Silva, Venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 08/08/2017, por volta das 17:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Valquíria Costa Moura levando-o(a) ao Hospital Nossa S. das Graças 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 julguem necessários.

Picuí-PB 16 de junho de 2018.

Atenciosamente,

Maria Solange da Silva
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 602
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s), firma(s) e letra(s) por autenticidade de: Maria Solange da Silva.

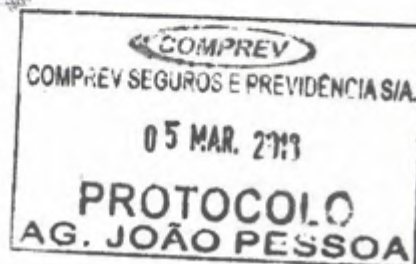
Dout. Tes. () da verdade.
Nova Floresta-PB 16 de junho de 2018.

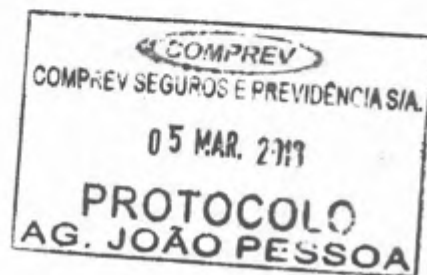
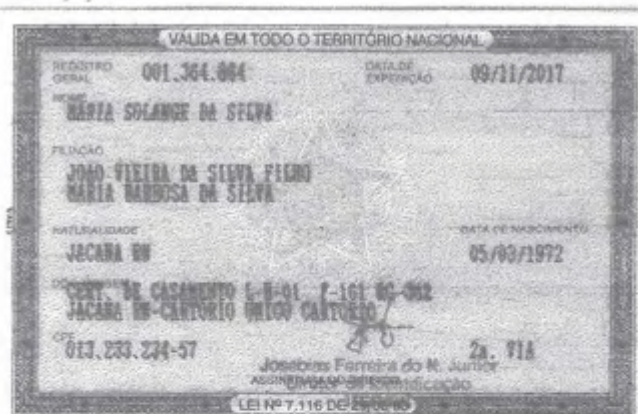
Eliana Clementino Pereira
Escrivente Substituta

AGI88983 - 8TBE

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

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escriv. Substituta
Comarca de Cruz. - PB





Hospital Regional De Pícol "Felipe Tiago Gomes"

Nome: Talquino Costa Moura Idade: 27a Sexo: F

Admissão: 14/08/17 Clínica: Urologia Ala: Urologia Enf.: 209 Leito: 01

Diagnóstico: Fratura de fêmur (D)

INFECÇÃO: ☐ SIM ☐ HOSPITALAR
☒ NÃO ☐ COMUNITÁRIA

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO: ☐ GASTRO INTESTINAL ☐ GENITAL ☐ S.N.C.
☐ FERIDA CIRÚRGICA ☐ URINÁRIA ☐ SEPTICEMIA
☐ RESPIRATÓRIA ☐ PELE / TSC ☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: ☐ Biópsia ☐ Respirador ☐ Punção Venosa
☐ Catéter Venoso ☐ Diálise ☒ Punção Lombor
☐ Catéter Vesical ☐ Endoscopia ☐ Punção Abdominal
☒ Corticoterapia ☐ Flebotomia ☐ Punção Torácica
☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Hemoterapia ☐ Traqueostomia
☐ N P ☐ Nebulizador ☐ Outros

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Cirurgia realizada: Fratura de fêmur da perna esquerda - fixação Anestesiado: Raqui

Data: 14/08/17 Tempo: 30 min

☒ Limpa ☒ Urgência ☐ P P
☐ Potenc. Contaminada ☐ Emergência ☒ M P
☐ Contaminada ☐ Eletivo ☐ G P
☐ Infectada

EQUIPE: Cirurgião: Dr. Paulino Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ Anestesiado: Dr. Vieira

RAIO X NA SALA: ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Nome: Ceftriaxona 1g Nome: _____

Dose / Dia: 02 F / Amp Dose / Dia: _____

Duração: Intra-operatório Duração: _____

BACTERIOLOGIA

GRAM	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CULTURA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB
		COMPREV	
		COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	
		05 MAR. 2017	

Outras Observações: _____

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

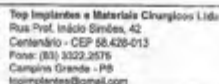
CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ À reavaliação

☐ Inalterado Causa: _____

MÉDICO ASSISTENTE

C.C.I.H





Procedimento: _____ Cód. do Procedimento: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Prontuário Nº: 5233 Convênio: _____

Cirurgião: _____ Coódiço: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

10/10/1970

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS									
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPREV		
COMPREV SEGUROS E	PREVIDENCIA S/A.	
05 MAR. 2119		
PROTOCOLO		
AG. JOÃO PESSOA		

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Faturar N.F. para: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Nº do pedido: _____



NOME: *Alaíde Maria C. Moreira*
 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: *Queda de peso do 1º*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

10/08/19
 1. *Lev. h. 200 831*
 2. *S. Fisiológico 1000*
 3. *S. Fisiológico 1000*
 4. *S. Fisiológico 1000*
 5. *S. Fisiológico 1000*
 6. *S. Fisiológico 1000*
 7. *S. Fisiológico 1000*
 8. *S. Fisiológico 1000*
 9. *S. Fisiológico 1000*
 10. *S. Fisiológico 1000*
 11. *S. Fisiológico 1000*
 12. *S. Fisiológico 1000*
 13. *S. Fisiológico 1000*
 14. *S. Fisiológico 1000*
 15. *S. Fisiológico 1000*

IDADE: *36a*
 ENFERMARIA: *309*
 LEITO: *61*

HORÁRIOS

1 2 3 4 5 6 7 8

PRONTUÁRIO Nº: *90-222*
 DATA DA INTERNAÇÃO: *11/08/2017*
 DATA ATUAL: *11/08/2017*

EVOLUÇÃO DIÁRIA

*paciente com
 déficit de
 peso
 para a idade
 e altura*

COMPREV
 05 MAR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

11/08/19
ACCTM
[assinatura]





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH

Nº de Ordem

Nº de Reg. 90.222

Nº do Docum. 3.256.434

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Elisângela Costa Moura
Responsável: a mesma
Pai: Gervildo Relívio Moura
Mãe: Maria Benedita da S. Costa Moura
Prof. Engenheira Data Nasc.: 14/07/90 Idade: 27
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: N. Floripa Est. Civil: _____

PREENCHIMENTO MÉDICO

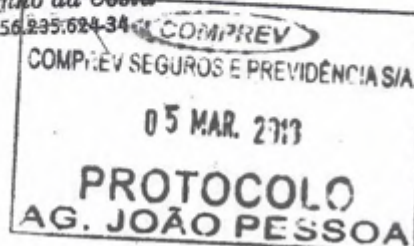
Diagnóstico definitivo: Fract. de tornozelo

Tratamento efetuado no hospital: cirúrgico

Exames realizados: _____

Internado em 11-10-2017 Alta em 12-10-2017 Óbito em _____

Dr. Wilson Marinho da Costa
CRM 3965 / CFF 456235624-34





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: **UNIDADE MISTA DE NOVA FLORESTA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS**

Código da Unidade: 2343207 CNPJ: 08.739.625/0001-81

Endereço: RUA JOÃO PESSOA, S/N Município: NOVA FLORESTA UF: PB

DADOS DO PACIENTE

Nome: **Valquiria Costa Moura** Sexo: **F** Idade: **37**

Nome da Mãe: **Mãe falecida da S. Moura**

Profissão: **Agricultora** Documento: **408902641367643**

Endereço: **R. 31 de março, 583**

Município: **NOVA FLORESTA** Estado: **PB** CEP: **5818000**

Código IBGE Município: **051010** CNS: **408902641367643**

Data de Nascimento: **31/07/80** Data do Atendimento: **09/08/17**

RACIA/COR

() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDIA () 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO):

Fratura da tibia
os ossos da
propriedade

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Fomeço P/ auto cuidado

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- () 01 - ELETIVO
- () 02 - URGÊNCIA
- () 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- () 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRABALHO
- () 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTOS - Descrição

DIAGNÓSTICO

Fratura da tibia

CID 10

MEDICAÇÃO:

() PRESCRITA () APLICADA () OBSERVAÇÃO () INTERNAÇÃO () ÓBITO () RESIDÊNCIA () OUTRO HOSPITAL () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

05 MAR. 2017
Dr. Clelio E. N. Oliveira
CRM 20016
10/03/2017

ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO

Valquiria Costa Moura

Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 22/01/2019 15:40:07



Prefeitura Municipal de
Nova Floresta
Construindo uma Nova Floresta melhor!

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



ENCAMINHAMENTO

PRONTUÁRIO Nº: 307 CMS: 708.1202.641.367.643
PACIENTE: Valquiria Costa Moura
DATA DE NASC.: 14.07.90 SEXO: () MASCULINO (X) FEMININO
ENDEREÇO: Rua: 31 de Março nº 563
CIDADE: Nova Floresta P.B
OCUPAÇÃO: Agricultora
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

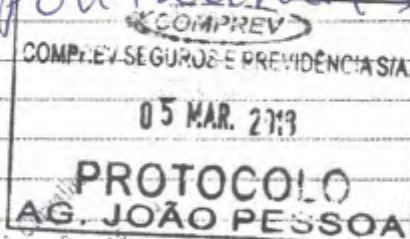
- | | | |
|------------------------|------------------------|-----------------|
| () FEBRE ALTA | () DESIDRATAÇÃO | () CHOQUE |
| () CEFALÉIA INTENSA | () DIARREIA E VÔMITOS | () HEMORRAGIA |
| () FRATURA | () CONVULSÃO FEBRIL | () OBSTETRÍCIA |
| () CRISE HIPERTENSIVA | () ENVENENAMENTO | () DOR AGUDA |
| () OUTROS | | |

RESUMO CLÍNICO

Fratura de Fíbula
após queda de motocicleta
Emenho PI ortopédico

CONDUTA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

H/D: politraumatismo



Dr. Cleonir N. S. Silva
CRM: 10.154
CMS: 708.1202.641.367.643

09.08.12
Nova Floresta-PB,

RESPONSÁVEL PI PLANTÃO



SUS



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 06.778.268.0001/60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: VALQUIRIA COSTA MOURA

Raça/Cor: PARDAS

Dt. Nasc: 14/07/1990 Idade: 27 ano(s) mês(es) de Idade dia(s) de Idade Sexo: F

Mãe: MARIA LENILDA DA SILVA COSTA MOURA

Profissão: AGRICULTOR

Documento: 003256434

Endereço: 31 DE MARÇO

Nº: 563

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: NOVA FLORESTA - PB - 58178000 - 251010

Telefone para contato: (83) 8212-4779 / CNS: 708202641367643

Data e Hora: 09/08/2017 07:41:36

SSV

PESO:

PA:

TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Valquiria Costa Moura

Hospital Regional de Picuí
Atestado conforme o original
Picuí, 29/08/2017
Arquivo Médico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
05
COMP. EV. S. S. G. E. P. R. E. V. E. N. C. I. A. S. A.

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. 2. 3. 4.

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Procedimento de atendimento

DIAGNÓSTICO:

Infecção

CID-10:

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ DEBTO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

- 1. 2. 3.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Dr. Patrício Gomes
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Rua da Chaleitoba, 206 - São José
Cidade de Picuí - Paraíba
Fone: (83) 8212-4779 / 25000341-2566

CBO CRM
OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HRP

CADASTRO: 339185



Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 22/01/2019 15:40:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012215382150500000018252437

Número do documento: 19012215382150500000018252437

SUS



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: VALQUIRIA COSTA MOURA

Rapa/Cor: PARDA

DI. Nasc: 14/07/1990 Idade: 27 ano(s) meses(es) de idade dias(as) de idade Sexo: F

Mãe: MARIA LENILDA DA SILVA COSTA MOURA

Profissão: AGRICULTOR Documento: 003256434

Endereço: 31 DE MARÇO Nº: 563

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: NOVA FLORESTA - PB - 58178000 - 251010

Telefone para contato: (83) 8212-4779 / CNS: 708202641367643

Data e Hora: 11/08/2017 08:39:10

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE



Hospital Regional de Picuí
Atestado Contínuo Original
Picuí, 29/08/2017
Arquivo Médico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Cefaleia + hipertensão

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

1. OBSERVAÇÃO

2. OUTRO HOSPITAL

3. RESIDÊNCIA

4. ÓBITO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S): CAMBOSI

Assessoria de Saúde
Assessoria de Saúde
Assessoria de Saúde

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL


OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIÓTIPO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIÓTIPO

RECEPCIONISTA: HRP

CAIASTRO: 339564

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL DE PICUI						2 - CNES 2757710	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3 - NOME DO PACIENTE Shalouana Rosa Moura						4 - Nº DO PRONTUÁRIO 90.222	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708202641367643		6 - DATA DE NASCIMENTO 14/07/90		7 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		8 - RAÇA/COR Parda	
9 - NOME DA MÃE Maria Benilda da Costa Moura						10 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL.	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL Dr. João Pessoa						12 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL.	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua: 21 de março 583							
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Nova Friburgo		15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 051010		16 - UF RJ		17 - CEP 58.178-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Clamores com febre + Tampos + 80 pontos							
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Dr. João Pessoa + 80 pontos							
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame clínico - A							
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL Pneumonia		22 - CID 10 PRINCIPAL J93.0		23 - CID 10 SECUNDÁRIO		24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Res. temporária para febre 46						26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0805027+	
27 - CLÍNICA C		28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO P		29 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNIS <input checked="" type="checkbox"/> CPF		30 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE CPF 3965 - CPF 456.235.624-34	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Raitton Marinho da Costa				32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/08/12		33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Raitton Marinho da Costa - 456.235.624-34	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - Nº DO BILHETE		39 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CNAE DA EMPRESA		42 - CBOR	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO				COMPETÊNCIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA SOCIAL			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 05 MAR. 2013			
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNIS <input type="checkbox"/> CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		PROTOCOLO			
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1/1		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		AG. JOÃO PESSOA			





Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <i>Valquíria Costa Moura</i>			
Data da operação: <i>11/05/17</i>	Enf.: <i>209</i>	Leito: <i>01</i>	
Operador: <i>Dr. Raulen</i>		1º Auxiliar: <i>—</i>	
2º Auxiliar: <i>—</i>	3º Auxiliar: <i>—</i>	Instrumentador: <i>—</i>	
Anestesista: <i>A. Vaz</i>		Tipo de Anestesia: <i>Raqui</i>	
Diagnóstico Pré-operatório: <i>Refuso temporário D</i>			
Tipo de operação: <i>Ref-urgente h. refuso temporário com f+4</i>			
Diagnóstico Pós-operatório: <i>—</i>			
Relatório Imediato do Patologista: <i>—</i>			
Exame Radiológico no Ato: <i>—</i>			
Acidente durante a operação: <i>—</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

(can't) with an hour
 Anne's going
 can't go -
 no no fun
 Handing
 Robert's cup
 Sentinella can't go -
 c/p
 going to go to 'Defense'
 Spring
 Cup

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PRE
 05 MAR. 23

Dr. Raílton Marinho da Costa
CRM 3965 - CPF 456.238.624-33

De 10.5.56
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2113
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





FICHA DE ANESTESIA





**Poder Judiciário da Paraíba
Corregedoria-Geral da Justiça
PROVIMENTO**

22 de maio de 2019

Proferir despacho/decisão;

Marcos Coelho de Salles

Juiz Corregedor





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

1ª VARA DA COMARCA DE CUITÉ

Processo nº 0800066-91.2019.8.15.0161

Autor: VALQUIRIA COSTA MOURA

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

A inicial preenche os requisitos do arts. 319 e 320 do CPC/2015 em preliminar análise, não sendo caso de emenda ou indeferimento, reclamando, portanto, o prosseguimento do feito.

Defiro a gratuidade processual, sem prejuízo de impugnação (art. 98, do CPC/2015).

Deixo de designar audiência de conciliação (art. 334, CPC/2015) em razão da parte demanda não oferecer proposta de conciliação sem prévio laudo médico.

Cite(m)-se o(s) réu(s) com as advertências de que deverá apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, CPC) e que sua omissão importará em revelia (art. 344, CPC).

Cuité/PB, 1 de agosto de 2019

IANO MIRANDA DOS ANJOS

Juiz de Direito

