

## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

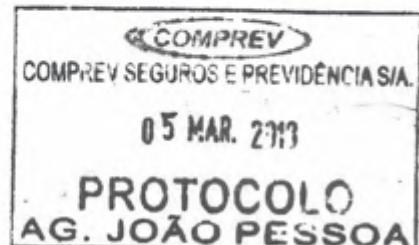
O(A), Outorgante Valquíria Costa Moura  
brasileiro, Salvador agricultor, portador (a) do RG nº  
003.256.434 expedido por SSP/RN e CPF nº 018.021.834-41 residente e  
domiciliado(a) na(o) Rua 31 de março  
nº 583 Bairro centro Cidade Nova Floresta UF PB, pelo presente  
instrumento particular de procuração, 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, DIJANELLYESON 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 (083) 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 / nelinhoodv@gmail.com





FRA VICISCO FIRMINO DA SILVA  
RUA 31 DE MARÇO, 567 (CENTRO)  
NOVA FLORIDA/POLEIRO/SP/05700000/010



Consumidor: RESIDENCIAL / Residencial, Hora/Fatura, B120 Kms2 - Cidade Realândia - São Paulo/SP - CEP:06714-600  
Plano: 10-108-330-5780 Referência: Jun/2017  
Número: 0000621169 Emissão: 06/07/2017  
Nº Fatura: 00007844149  
Código para Débito Automático: 00007844149

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/756414-9

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

19/06/2017

Data prevista da  
próxima leitura

18/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

00502439472

ncr. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura	
------	---------	------	---------	--

17/05/17	180,3	19/06/17	16780	
----------	-------	----------	-------	--

			107	33
--	--	--	-----	----

Demonstrativo

24/05/2017 75,18

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Consumo em kWh	107	0,1467	15,53
----------------	-----	--------	-------

Adc. de consumo			1,36
-----------------	--	--	------

Kms			18,22
-----	--	--	-------

Pis			0,73
-----	--	--	------

Cofins			3,97
--------	--	--	------

LAZER, AMENTOS E SERVIÇOS			
---------------------------	--	--	--

JUROS DE MORA/04/2017			
-----------------------	--	--	--

MULTA/04/2017			
---------------	--	--	--

Histórico de Consumo

(kWh)

Mar/17

Abr/17

Mar/17

Fev/17

Jan/17

Dez/16

Nov/16

Out/16

Set/16

Agosto/16

Jul/16

Jun/16

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	71,30	1,20	85,92
PIS	71,30	1,0318	0,73
COFINS	71,20	4,7426	3,37
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	
26/06/2017		R\$ 73,22	

Média dos últimos meses:

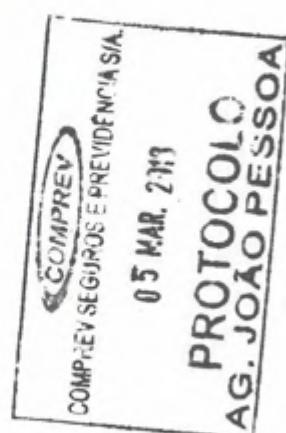
110

APROXIMAÇÃO FÁCIL

a00c.ac5a.d24e.a27d.5319.5b1e.aa87.45ca.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	5,55	0,00	Desvio de Dif. da Energia/DF	19,42	25,18
DC TRIMESTRAL	11,10		Consumo	21,65	28,43
DC ANUAL	22,21		Somma de Tensão/DF	1,26	1,72
FIC MENSAL	3,36	0,00	Encargos Sistêmicos	6,85	0,08
FIC TRIMESTRAL	6,72		Impostos, Verbas e Encargos	25,34	34,01
FIC ANUAL	13,45		Outros	0,00	0,00
CPMEV	1,20	0,00	Total	73,22	100,00
CPMEV	1,91				



## DECLARAÇÃO (Lei 7.115)

Eu, Valquíria Costa Moura, brasileiro(a), solturio, 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 Vila Floresta - 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 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 N° 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, homonímia 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





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
2º REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL – CAMPINA GRANDE  
1º REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL – PICUÍ  
47º DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL – CUSTÓDIA  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE NOVA FLORESTA  
Rua Felinto Flórense, 792 – Centro – Nova Floresta PB – CEP: 58.178-000 – Fone: (83)3374-1464



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 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 Valquiria 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 Avanildo 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 Picos/PB, onde, dois dias depois, passou por procedimentos cirúrgicos no tornozelo e fibula 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 Delegacia 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.

1º 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 – Jaçanã/RN.

2º TESTEMUNHA: Maria Solange da Silva, portadora do R.G.: 1.364.864 - SSP/RN e do CPF: 016.233.234-57 – Residente na Francisco Pereira – Centro – Jaçanã/RN.

Nova Floresta/PB, 29 de novembro de 2017.

Noticiante Valquiria Costa Moura

Leandro Rodrigues de Souza Azevedo  
Escrivão de Justiça – Mat. 180.396-8



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josivânia 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 511,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Valquiria Costa Moura, cujo o condutor era  
Valquiria Costa Moura.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Nomada 150 ABS  
Ano: 2003  
Placa: MF8942  
Chassi: 9GNA07003R022280  
Data do Acidente: 09/08/2017  
Local e Data: 05 de Dezembro de 2017

Josivânia Silva Santiago Diniz  
Assinatura do Declarante

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

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

Reconheço a(s) f. na(s) eletro(s) por autenticidade  
de Josivânia Silva Santiago  
Diniz

Dou fé. Testº / Eliana Clementino Pereira da verdade.  
Nova Floresta-PB, 05/08/2017

Eliana Clementino Pereira  
Escrivente Substituta

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

AGC32192 - 7HGS

Serviço Not. e Registro Civil  
Eliana Clementino Pereira  
Escrivente Substituta  
Nova Floresta Comarca de Corte PB

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.  
05 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 9821/0171 N° 012392147118  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME  
JOSIVANIA SILVA - SANTIAGO DINIT

CPF / CNPJ	PLACA
042.057.384-47	MIF8942

PLACA ANT / UF	CHASSI
MIF8942/RN	SC2HA07003R022280

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGERO/MOTONETA/NAO APLICAVEL	GASOLINA

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

CAP / PDT / CIL.	CATEGORIA
OCV/97 CIL INDRADES	PARTICULAR

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
R\$ 0,00	21/03/2016	1º ISENTO
FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	2º ISENTO
002 002 3X	R\$ *****	3º ISENTO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: HAO7E-3022280

DETAN - RN  
Sistema de Registro de Veículos  
Coordenadoria de Registro de Veículos  
DETAN - RN

DATA  
21/03/2016

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	21/03/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	042.057.384-47	MIF8942

RENAVAM	MARCA / MODELO
00801047790	HONDA/C100 BIZ

ANO FAB.	CAT. TARI.	Nº CHASSI
2003	9	SC2HA07003R022280

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)		
IOF (R\$)		
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)		
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.240.669/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SET/2016

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 MAR. 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CÍRCULAR SUSEP 445/12

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 Lider 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 previsão, concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

N. FOTOSTA 22 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Valquíria Costa Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.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 Raima levando-o(a) ao Hospital Messa 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.

Baixi-PB, 16 de Janeiro de 2018.  
Atenciosamente,

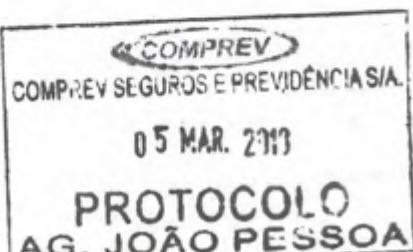
José Valmir Silva  
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

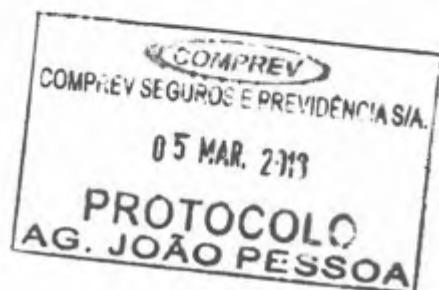
SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL Rua Prof. Felinto Florentino, 60 Centro - Tel: (83) 3374-1414 NOVA FLORESTA-PB	Reconheço diante de mim e lei(a)s que autenticidade de: <u>José Valmir Silva</u> .
	Deu fé. Teste: <u>Eliana Clementino Pereira</u> Nova Floresta-PB 16/01/2018
	Eliana Clementino Pereira Escrevente Substituta

AGI88984 - ASSY

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

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





Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 22/01/2019 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012215344565800000018252265>  
Número do documento: 19012215344565800000018252265

Num. 18756931 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO

Eu, Maria Solange da Silva, Venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 01/08/2017, por volta das 11:00 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 Pref. Félixio Florentino, 606  
Centro - Tel: (83) 3374-1414  
NOVA FLORESTA/PB

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

Declaro, Testemunha, que a(s) firma(s) e letra(s) acima assinadas  
sao verdadeiras, em 16 de junho de 2018.

Eliana Clementino Pereira  
Escrevente Substituta

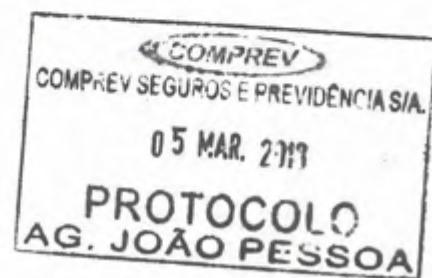
AGI88983 - 8TBE

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpj.pjus.br>

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

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 MAR. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: Taliquina Costa Mora

Admissão: 11/08/17 Clínica: Integridade

Diagnóstico: Fratura de tibia e perna

INFECÇÃO:  SIM  HOSPITALAR  
 NÃO  COMUNITÁRIA

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO:  GASTRO INTESTINAL  
 FERIDA CIRÚRGICA  
 RESPIRATÓRIA

GENITAL  
 URINÁRIA  
 PELE / TSC  
 S.N.C.  
 SEPTICEMIA  
 OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:  Biópsia  
 Catéter Venoso  
 Catéter Vesical  
 Corticoterapia  
 Drogas Antineoplásicas  
 N.P.

Respirador  
 Diálise  
 Endoscopia  
 Flebotomia  
 Hemoterapia  
 Nebulizador  
 Punção Venosa  
 Punção Lombar  
 Punção Abdominal  
 Punção Torácica  
 Traqueostomia  
 Outros

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Cirurgia realizada: Intervenção de paciente em tomada de ferida Anestesista: Regina

Data: 11/08/17 Tempo: 30 min

Limpa  
 Potenc. Contaminada  
 Contaminada  
 Infectada

Urgência  
 Emergência  
 Eletrivo

P.P  
 M.P  
 G.P

EQUIPE: Cirurgião: Dr. P. L. P. L. Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Ulisses

RAIO X NA SALA:  Sim  Não

USO DE ANTIBIÓTICO:  Profilático  Terapêutico

Nome: Ceftriaxona 1gr 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 PREVIDÊNCIA S/A 05 MAR. 2017		

Outras Observações: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

CONDICIONES DE ALTA:  Curado  Transferido  Óbito  Melhorado  À redação  
 Inalterado Causa: \_\_\_\_\_

*Samara*

MÉDICO ASSISTENTE

C.C.I.H





Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda  
Rua Pwt, Inácio Simões, 42  
Centenário - CEP 58.428-013  
Fone: (83) 3322.2576  
Campina Grande - PB  
topimplantes@gmail.com

## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_ Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Coódigo: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

#### Condições de pagamento:

Estarán N.E. para:

Cód. de consultar: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

NO<sub>x</sub> deoxidation







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nº AIH. ....

Nº de Ordem. ....

Nº de Reg. 90.222

Nº do Docum. Rg 3.256.434

## ARQUIVO MÉDICO

Nome: Elaine Costa mae

Responsável: eu mesma

Pai: Giovanni relívia mae

Mãe: maria benilda da s. Costa mae

Prof. agente de casa Data Nasc.: 14/07/90 Idade: 27

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: W. Floriano Est. Civil: \_\_\_\_\_

## PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fract. de Tornozelo

Tratamento efetuado no hospital: cirúrgico

Exames realizados: \_\_\_\_\_

Internado em 11/18/17 Alta em 13/08/17 Óbito em 11/11/17  
Assinatura: Elaine Marinho da Costa  
YRM 3965 - CPF 456.235.624-34 - COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2017

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







Prefeitura Municipal de

**Nova Floresta**

Construindo uma Nova Floresta melhor!



SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

## ENCAMINHAMENTO

PRONTUÁRIO N° 307

CNS: 708.1202.1641.1367.1643

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

OCCUPAÇÃO: Agricultura

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

- ( ) FEBRE ALTA  
( ) CEFALÉIA INTENSA  
( ) FRATURA  
( ) CRISE HIPERTENSIVA  
( ) OUTROS

- ( ) DESIDRATAÇÃO  
( ) DIARRÉIA E VÔMITOS  
( ) CONVULSÃO FEBRIL  
( ) ENVENENAMENTO

- ( ) CHOQUE  
( ) HEMORRAGIA  
( ) OBSTÉTRICIA  
( ) DOR AGUDA

### RESUMO CLÍNICO

Fractura de Fibula  
após queda de motocicleta  
Emenda PI + ortopédio

### CONDUTA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

H.D.: politraumatismo

COMPREV  
COMPREV-SEGURADIA PREVIDENCIÁRIA

05 MAR. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Cicero ENFERMEIRO  
CRM: 11.000  
CNS: 11.000

Nova Floresta-PB,

09/08/12

RESPONSÁVEL P/ PLANTÃO



<b>SUS</b>		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE																	
		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																	
<b>CÓDIGO DA UNIDADE:</b> 2757710 <b>CGC/CPF:</b> 08.778.268.0001/60 <b>NOME:</b> HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ <b>END.:</b> RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BARRIO MONTE SANTO <b>MUNICÍPIO:</b> PICUÍ <b>ESTADO:</b> PARAÍBA <b>UF:</b> 25 <b>Nome:</b> VALQUIRIA COSTA MOURA <b>Raça/Cor:</b> PARDA																			
<b>Dt. Nasc:</b> 14/07/1990 <b>Idade:</b> 27 ano(s) <b>mês(es) de Idade</b> <b>dia(as) de Idade</b> <b>Sexo:</b> F <b>Profissão:</b> AGRICULTOR <b>Documento:</b> 003256434 <b>Endereço:</b> 31 DE MARÇO <b>Nº:</b> 563 <b>Bairro:</b> CENTRO																			
<b>Município/CEP/BGE:</b> NOVA FLORESTA - PB - 58178000 - 251010 <b>Telefone para contato:</b> (83) 8212-4779 / <b>CNS:</b> 708202641367643 <b>Data e Hora:</b> 09/08/2017 07:41:36 <b>SSV:</b>																			
<b>PESO:</b> <i>60</i> <b>PA:</b> <i>PA</i> <b>TEMP.:</b> <i>36,5</i> <b>ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO):</b> <i>Normal</i> <b>COMP. E/SEGUINTE:</b> <i>Normal</i> <b>PROTÓCOLO:</b> <i>Normal</i> <b>EXAMINADO:</b> <i>Normal</i> <b>DATA:</b> <i>09/08/2017</i> <b>REVISOR:</b> <i>Normal</i> <b>DATA:</b> <i>09/08/2017</i>																			
<b>DIAGNÓSTICO:</b> <i>Normal</i> <b>CID-10:</b> <i>I</i> <b>PROCEDIMENTO - descrição:</b> <i>Normal</i>																			
<b>MEDICAÇÃO:</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 - PRESCRITA</td> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</td> <td><input type="checkbox"/> INTERNACÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 - APLICADA</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> <td><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> </table> <b>ENCAMINHAMENTO:</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <b>SERViÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:</b> <table border="0"> <tr> <td>1 - <i>Normal</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 - <i>Normal</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - <i>Normal</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1 - PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> 2 - APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 - <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/>	2 - <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/>	3 - <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 - PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO																
<input type="checkbox"/> 2 - APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
1 - <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/>																		
2 - <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/>																		
3 - <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/>																		
<b>ASS. DO(S) PROFISSIONAL(US) / ASSISTENTE(S):</b> CARMBOIS <i>Ass. Dr. Francisco Pereira Gomes, 15 - Bairro Monte Santo, 0001/60 - Paraíba - 58178000</i>																			
<b>ASS. DO REVISOR TÉCNICO / CARMBOIS:</b> Dr. Francisco Pereira Gomes, 15 - Bairro Monte Santo, 0001/60 - Paraíba - 58178000 <b>ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO / CARMBOIS:</b> Ass. do Revisor Administrativo CARMBOIS																			
<b>RESULTADOS:</b>																			

RECEPCIONISTA: HRP

CADASTRO: 339185

Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 22/01/2019 15:40:07  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012215382150500000018252437>  
Número do documento: 19012215382150500000018252437

Num. 18757108 - Pág. 3

<b>SUS</b>		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CÓDIGO DA UNIDADE: 275710		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: <b>VALQUIRIA COSTA MOURA</b>		Dt. Nasc: 14/07/1990 (idade: 27 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de Idade) Sexo: F	
Mãe: <b>MARIA LENILDA DA SILVA COSTA MOURA</b>		Documento: 003256434 N°: 563	
Profissão: AGRICULTOR		Endereço: 31 DE MARÇO	
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		PA: <b>PA</b>	
PESO: _____		TEMP: _____	
ANAMNESE: <b>COMPRA DE PESSOA</b>		DIAGNÓSTICO: <b>Febre + Infecção</b>	
EXAME FÍSICO (SUMÁRIO): <b>5 MAR-2018</b>		CID-10: <b>J00</b>	
MEDICAÇÃO: <b>1- Hospital Regional de Picui</b>		ENCAMINHAMENTO: <b>1- Hospital Regional de Picui</b>	
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> 2. APLICADA		<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO: <b>1- Hospital Regional de Picui</b>			
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): <b>Carimbo</b>			
CNS: <b>99504</b>		CRM: <b>99504</b>	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: <b>NILO TRIGUEIRO DANTAS</b>		OU POLEGAR DIREITO: <b>NILO TRIGUEIRO DANTAS</b>	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARMBO: <b>NILO TRIGUEIRO DANTAS</b>		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARMBO: <b>NILO TRIGUEIRO DANTAS</b>	

RECEPCIONISTA: HRP

CADASTRO: 339564



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESI - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE PICUI**

2 - CNES

**2757710**

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

*Alvalárcio Bezerra Moura*

4 - N° DO PRONTUÁRIO

**90.222**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**708202641369443**

6 - DATA DE NASCIMENTO

**31/10/1990**

7 - SEXO

1 Fem.  3

8 - RACA/COR

*Parda*

9 - NOME DA MÃE

*Maria Zenilda Bezerra Moura*

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD ( ) N° DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

*Alvalárcio Bezerra Moura*

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD ( ) N° DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

*Rua: 21. n°: 583*

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

*Picuí*

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

**03100**

16 - UF

**PB**

17 - CEP

**58.178-000**

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Palidez, dores faciais  
Tensão arterial  
780 feniacet*

*Hospital Regional de Picuí  
Atesta conforme original  
Picuí, 29/03/2017  
Arquivo Médico*

*Arquivo de Lima J. Freitas  
Assist. Adv. 21095-4*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Alvalárcio Bezerra Moura*

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Face clara + AF*

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SA30**

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Revisão fisiológica*

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

**00805021+**

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DE INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

CNS  CPF CRM 3965 - CPF 456.233.624-31

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Dr. Railton Marinho da Costa*

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**16/03/13**

33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DE REGISTRO DO CONSELHO)

*NILO TRIGUEIRO DANTAS CRM 3965 - CPF 456.233.624-31*

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBO

36 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESINTEGRADO

APOSENTADO

PREV

NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**05 MAR. 2013**

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

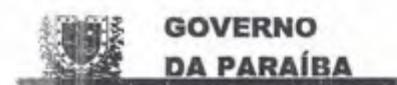
CNS  CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DE REGISTRO DO CONSELHO)

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**





Hospital Regional de Piciú "Felipe Tiago Gomes"

### DESCRÍÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente:	Lorena Costa Maia					
Data da operação:	11/01/19	Enf.:	209			
Operador:	Dr. Raitton	1º Auxiliar:	—			
2º Auxiliar:	—	3º Auxiliar:	—			
Anestesista:	A. Vaz	Tipo de Anestesia:	Raqui			
Diagnóstico Pré-operatório:	Ruptura faríngea D					
Tipo de operação:	Ruptura faríngea h. faríngea					
Diagnóstico Pós-operatório:	—					
Relatório Imediato do Patologista:	—					
Exame Radiológico no Ato:	—					
Acidente durante a operação:	—					
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b>						
Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspecto Visceras						
<p>acessos táticos faringe cervi h — no fundo faringe local de cusp sutura com fio e fim</p> <p>Ruptura faríngea h. faringe</p> <p>Dr. Raitton Martinho da Costa CRM 3965 - CPF 456.838.624-39</p>						
<table border="1"><tr><td>COMPREV COMPREV, SEGUROS E PREVIDÊNCIASA</td></tr><tr><td>05 MAR 2019</td></tr><tr><td><b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b></td></tr></table>				COMPREV COMPREV, SEGUROS E PREVIDÊNCIASA	05 MAR 2019	<b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>
COMPREV COMPREV, SEGUROS E PREVIDÊNCIASA						
05 MAR 2019						
<b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>						

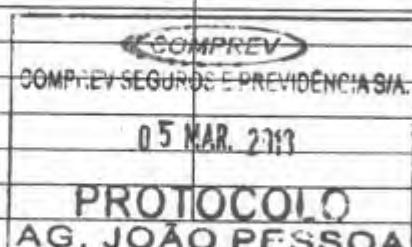




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Hospital Regional de Piciú "Felipe Tiago Gomes"

**FICHA DE ANESTESIA**

NOME: <i>Valquiria Costa meira</i>		IDADE: <i>27a</i>	SEXO: <i>F</i>	GR. SANGUÍNEO: <i>—</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de tornozelo</i>		CATEGORIA: <i>SUS</i>		DATA: <i>11/08/14</i>
OPERAÇÃO REALIZADA: <i>Tratamento de fratura de tornozelo</i>				
CIRURGIANO: <i>Dra. Raíton</i>	AUXILIAR: <i>—</i>	ANESTESISTA: <i>Dra. Gracilis</i>		
AGENTES COMUNITÁRIOS <i>—</i>				
CÓDIGO <i>220</i>				
Anestesia X <i>200</i>				
Oper. Inturb T <i>180</i>				
Endotr Pres A <i>160</i>				
Distal Pulo O <i>140</i>				
Resp. RA <i>120</i>				
Assit. Resp. RE <i>100</i>				
Extbont. Resp. RC <i>80</i>				
Contr. <i>60</i>				
40				
20				
Pré-anestésico:				
Anestesia: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Raquiana <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo <input type="checkbox"/> Outras				
Técnica:				
Iniício:	Término:	Venoclise:		
AGENTES DOSES	LÍQUIDO	Duração minutos:		
<i>Normal 0.5g</i>	<i>0.500 ml</i>	<i>—</i>		
<i>Dil 0.25g</i>	<i>0.250 ml</i>	<i>—</i>		
<i>Colutorio 30g</i>	<i>300 ml</i>	<i>—</i>		
<i>Normal 3g</i>	<i>300 ml</i>	<i>—</i>		
<i>Desmofazepam 1g</i>	<i>100 ml</i>	<i>—</i>		
<i>Aspirina 1000mg</i>	<i>1000 ml</i>	<i>—</i>		
<i>Paracetamol 500mg</i>	<i>500 ml</i>	<i>—</i>		
<i>Antihistam</i>	<i>—</i>	<i>—</i>		
 <b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS				
<b>05 MAR. 2013</b>				
<b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>				
<i>Assinatura de Carlos Valente</i> <i>Assessoria Jurídica</i> <i>05/03/2013</i>				
OBS:				





**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 gratuitade 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



Assinado eletronicamente por: IANO MIRANDA DOS ANJOS - 01/08/2019 10:35:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080110325724000000022466979>  
Número do documento: 19080110325724000000022466979

Num. 23170181 - Pág. 1