



TRIGUEIRO & NOBREGA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

O(A) Outorgante Moisés Costa Oliveira,
brasileiro, solteiro, estudante, portador (a) do RG nº
4.156.346 expedido por SSP/PB e CPF nº 106.438.604-01, residente e
domiciliado(a) na(o) Rua José Faustino
nº 48, Bairro centro, Cidade caboti, 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, 13 de novembro de 2018

MOISÉS COSTA OLIVEIRA
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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME: **MOISES COSTA OLIVEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4156346 SSDS PB

CPF: **106.438.604-01** DATA NASCIMENTO: **22/07/1998**

FORMAÇÃO
MARCONE CORDEIRO DE OLIVEIRA
RENICE DA COSTA OLIVEIRA

PERMISSÃO: ☐ ACC: ☐ CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **06769304441** VALIDADE: **08/08/2021** 1ª HABILITAÇÃO: **26/12/2016**

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB** DATA EMISSÃO: **29/12/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR: **33485066075 PB035984198**

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1545379716

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545379716



RENICE DA COSTA
RUA JOSE FAUSTINO, 49 - CENTRO
CUBATI / PB CEP: 58167000 (AG: 85)

Emissão: 29/09/2018 Referência: Ago / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 16 - 84 - 840 - 3180 Nº medidor: 0000885825

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.065.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 011.688.495
Cód. para Deb. Automático: 0000560001

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

Conta referente a: Ago / 2018 Apresentação: 28/08/2018 Data prevista da próxima leitura: 26/09/2018 CPF/ CNPJ/ RANI: 669.974.064-15 Inst. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/556008-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
27/07/18	10070	28/08/18	10072	32

CCI	Descrição	Quantidade	Valor Base Calc.	Ant. (R\$)	Base Calc. Po (R\$)	Coluna (R\$)
0801	Custo de Disponibilidade	15,87	0,00	0,00	15,87	0,17
0801	Adic. B. Vermelha	1,59	0,00	0,00	1,59	0,01

CCI Código de Classificação do Item TOTAL: 17,46 0,00 0,00 17,46 0,18 0,67

Média últimos meses (kWh): 161

VENCIMENTO 04/09/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 17,46

Histórico de Consumo (kWh)

299	311	283	308	269	199	141	31	16	12	7	12
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO A ENERGISA

66ba.2c50.bf24.f2ec.221b.1423.8746.5185.

Indicadores de Qualidade			Limite de Tensão (V)	
Limites da ANEEL	Apurado		NOMINAL	220
DIÁRIO	11,24			
DIÁRIO	22,69			
DIÁRIO	3,23	0,00		
DIÁRIO	6,47			
DIÁRIO	12,55			
DIÁRIO	3,28	0,00		
DIÁRIO	12,22			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	5,71	32,71
Compra de Energia	8,25	47,25
Serviço de Transmissão	0,87	4,99
Encargos Setoriais	1,59	9,05
Impostos Diretos e Encargos	1,05	6,01
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	17,46	100,00

Valor do EUSD (Ref. 6/2018) R\$ 7,95

Reajuste Tarifário - Vigência 2018/2019 - ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 2018/2019 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 16,75% Médio
- Leitura confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso



DECLARAÇÃO
(Lei 7.115)

Eu, Moises Costa Oliveira
brasileiro(a), solteiro, estudante, portador do
RG nº 4.156.346 expedido por SSDS/PB e do CPF nº
106.438.604-01, residente
na(o) Rua José Faustino - 48 - Centro,
município de Eubati - 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.

Picui - PB, 13 de Novembro de 2018.

MOISÉS COSTA OLIVEIRA
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, 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 3190001932 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MOISES COSTA OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MOISES COSTA OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 10643860401**Posição em 03-06-2019 10:20:58**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/05/2019	Exigência Documental	
03/01/2019	Exigência Documental	
03/01/2019	Aviso de Sinistro	





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICUÍ/PB
DELEGACIA DE CUBATI/PB
Tel (83) 3385-1353



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 11/2018

DATA DO FATO: 04/08/2018

HORA DO FATO: Aproximadamente às 23:22h

LOCAL DO FATO: Rodovia PB 177, Sítio Malhada da Bezerra, Zona Rural de Pedra Lavrada/PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:
Às 10:35h do dia 16/10/2018.

DO COMUNICANTE E VÍTIMA: MOISES COSTA OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, estudante, natural de Campina Grande/PB, nascido aos 22/07/1998, RG: 4156346 SSDS/PB, CPF: 106.438.604-01, filho de Marcene Cordeiro de Oliveira e de Renice da Costa Oliveira, residente à Rua José Faustino, nº: 48, Centro, Cubati/PB, fone: (83) 9.8819-9737.

Motivo: Acidente de Trânsito Motociclistico

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante que em data, horário e local supracitados seguia sozinho conduzindo a motocicleta: Honda/CG 125 Fan ES, Ano/Modelo: 2013/2014, Cor: Vermelha, Placa: OGE 8017/PB, Chassi: 9C2JC4120ER006940, Renavam: 59443494-7, Registrada e Licenciada em nome de: Cosme Ferreira Fernandes, CPF: 083.241.634-76, quando perdeu o controle da motocicleta vindo a cair na rodovia, ocasionando um trauma facial com fratura na região da mandíbula, quebra de quatro dentes, no qual perdeu os sentidos e foi socorrido pelo SAMU de Pedra Lavrada, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB, local em que ficou internado durante cinco dias e passou por uma cirurgia na mandíbula inserindo platina. Que o noticiante informa que sofreu o acidente em motocicleta de propriedade de terceiro, não sabendo informar neste ato o endereço do mesmo, tendo em vista que ele se encontra em local incerto. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: + MOISÉS COSTA OLIVEIRA


Allyson Gleytson Dantas Oliveira
Agente de Investigação
Matrícula: 181.842-2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 011863731525
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRÉMIUM 2015/07/2015
VIA 1 0059443494-1 00/00000000 2015

COSME FERREIRA FERNANDES

08324163476

NOVO PB 9C2JC4120ER006940

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMPARTILHADA

HONDA/CG 125 FAN ES

02/08/24 /01 PARTIC VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 09/07/2015 1º

PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO 004150505

SEM RESERVA DE DOMINIO

09/07/2015

14478

333

0

09/07/2015

14478

333

0

09/07/2015

14478

333

0

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

PB Nº 011863731525 BILHETE DE SEGURO DPVAT

COSME FERREIRA FERNANDES

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

2015 08/07/2015

COSME FERREIRA FERNANDES

08324163476

NOVO PB 9C2JC4120ER006940

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMPARTILHADA

HONDA/CG 125 FAN ES

02/08/24 /01 PARTIC VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 09/07/2015 1º

PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO 004150505

SEM RESERVA DE DOMINIO

09/07/2015

14478

333

0

09/07/2015

14478

333

0

09/07/2015

14478

333

DECLARAÇÃO

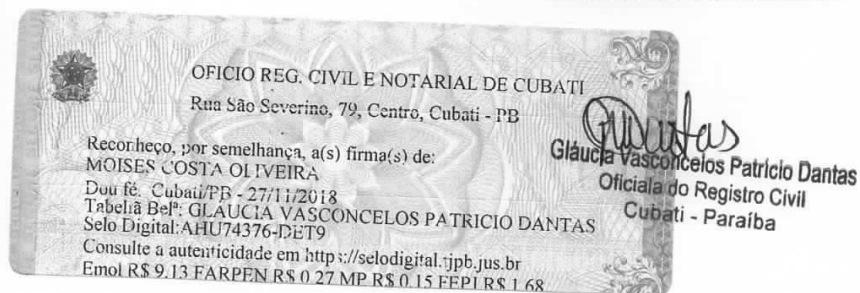
Eu, **MOISES COSTA OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade Civil nº. 4.156.346 SSDS/PB e do CPF nº. 106.438.604-01, residente e domiciliado na Rua José Faustino, 48, Centro, Cubati/PB, CEP 58167-000, **DECLARO, para os devidos fins e em especial para fazer prova junto a Seguradora Líder dos Consórcios Dpvat S.A. que o Sr. Cosme Ferreira Fernandes,** proprietário da moto Honda CG 125 Fan ES, ano/modelo 2013/2014, cor Vermelha, Placa OGE-8017/PB, Chassi nº. 9C2JC4120ER006940, RENAVAL 59443494-7, a qual eu me acidentei no dia 04/08/2018, **se encontra em local incerto e não sabido, não tendo conseqüentemente como localizá-lo atualmente.**



Cubati/PB, 19 de Novembro de 2018.

MOISÉS COSTA OLIVEIRA

MOISES COSTA OLIVEIRA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	106.438.604-01	Moises Costa Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Moises Costa Oliveira		106.438.604-01
Profissão:	Endereço:	Número:
estudante	Rua José Faustino	48
Bairro:	Cidade:	Estado:
centro	curitiba	PR
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
NILODANTAS@HOTMAIL.COM	58.167-000	83 999 12540

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 540904 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Moises Costa Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





ESTADO DA PARAÍBA
MUNICÍPIO DE PEDRA LAVRADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU 192 - Pedra Lavrada prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Moisés Costa Oliveira** 20 anos, RG: 4.156.346, vítima de acidente automobilístico, ocorrido aproximadamente às 23:22 horas da noite de 04 de agosto de 2018, na PB-177 em Pedra Lavrada - PB, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande - PB.

Pedra Lavrada, 02 de novembro de 2018.


Edilson Andrade Vasconcelos
Coordenador Municipal do Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência-SAMU
Matrícula: 781-1

Rua: Antônio Cordeiro Filho, S/N - Pedra Lavrada-PB - Tel.: (83)98706-2250 / (83) 3375- 4028



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maria da Silva	Alojamento	4	Leito	4	Convênio	
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/05/2011	1. Dose regular P.O.H.H. 2. 500 mg. Amoxicilina 500mg EV 12h/12h 3. Clindamicina 600mg EV 8h/8h 4. Tetraciclina 400mg EV 12h/12h 5. Metformina 900mg EV 12h/12h 6. 100mg de 10, 500 + 100 EV 8h/8h 7. Nifedipina 30mg 3x/dia 8. Metformina 900mg EV 12h/12h 9. 500mg + 500mg	10/06 14/06 16/06 18/06 20/06 22/06 24/06 26/06 28/06 30/06	10/06 12/06 14/06 16/06 18/06 20/06 22/06 24/06 26/06 28/06 30/06

MOD 03



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Maíres Costa Oliveira</u>	
End: <u>Rua João Pinheiro 286</u>	Bairro: <u>Capão</u>
Data de Nascimento: <u>22.07.98</u>	Documento de Identificação: <u>EUBAT PB</u>
Queixa: <u>Acidose</u>	Data do Atend.: <u>05.08.18</u> Hora: <u>1:58</u> Documento: <u></u>
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo **Aspecto:** () Calmo () Excitado () Agitado

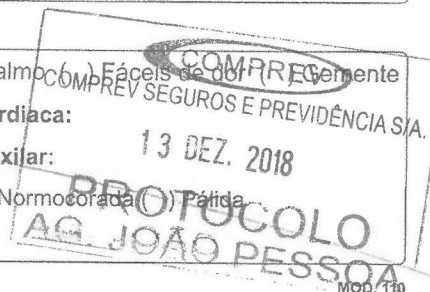
Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** () Normocoradas () Pálidas

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama

PROTÓCOLO
13 DEZ. 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A



Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Walter Costa Oliveira	Idade:	20 anos
Convênio:		Data:	05/08/18
Procedimento:	Tot. cirurgia de transurethral de condiloma	Anestesiado:	Dr. Eduardo
Cirurgião:	Dr. Gustavo	Auxiliar:	
Início:		Término:	Anestesia Geral

[illegible][illegible]

Observações:

13 DEZ. 2018

COMPREV

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO

ASSINATURA ANESTASIA

Relatório de Operação

Circular

5002 193



Nome do Paciente	Miguel Costa Oliveira			Nº Prontuário	1706854
Data da Operação	05/08/18	Enf.		Leito	
Operador	Dr. F. A. Antas	3º Auxiliar		1º Auxiliar	DSF De Paula
2º Auxiliar	(F. H. M. M. D.)	2º Auxiliar		Instrumentador	
Anestesia	Dr. F. A. Antas	2º Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório	Prostata e bexiga				
Tipo de Operação	Remoção da próstata e bexiga				
Diagnóstico Pós-Operatório	Pós-operatório satisfatório				
Relatório Imediato da Patologia	O normal				
Exame Radiológico no Ato	na				
Acidente Durante a Operação	na				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible][illegible]

NOME: *Marta Costa* D.N.: *22.03.1947* PRONT. Nº: *1166 7577*
 NATURALIDADE: *Lisboa*
 ADMISSÃO: *25.02.1948* PROCEDÊNCIA:
 ALTA: *07.02.1948*

2. Resultado dos principais exames

Dr. W. B. B. C. 19

3. Evolução e complicações

17

4. Terapêutica realizada

1000-1050-78

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

1892

5. Orientações médicas para pacientes / egresso

522500 3.11.1

7. Condições de alta

☐ Curado ☒ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 07 de 02 de 2012

Dr. Rogério Perinatti
Doutor em Farmacologia
Unifesp - Faculdade
de Medicina - USP
R. Dr. Roberto Cordeiro, 331
04028-000 - São Paulo, SP

Fracture of Mandible
+ possible infection
to Sublingual Gland

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maria Carla Oliveira	Alojamento	4	Leito	4	Convênio	
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------	--

[illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Soledade

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801081-05.2019.8.15.0191

DESPACHO

Vistos, etc.

Cite-se.

SOLEDADE, data e assinaturas digitais.

Juiz(a) de Direito



CERTIDÃO

Certifico que, em cumprimento ao mandado de citação, expedido pela MM. Juíza de Direito em Substituição nesta Comarca, **DEIXEI** de dar cumprimento ao presente mandado, pelo motivo do endereço constante no mesmo, não pertencer a esta comarca. O referido é verdade. Dou fé.

Soledade/PB, 16 de agosto de 2019.

CARLOS EMANUEL BERTO DA SILVA

-Oficial de Justiça-

Mat.471.413-0

